

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Cuidado de Enfermagem ao Recém-Nascido: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor

Sofia Alexandra Dias Pereira

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**O Cuidado de Enfermagem ao Recém-Nascido:
Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor**

Sofia Alexandra Dias Pereira

Orientador: Prof.^a Maria Manuela Soveral

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Porque eu sou do tamanho do que vejo,
E não do tamanho da minha altura".

Fernando Pessoa

No término deste percurso manifesto um sincero e profundo agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, sabedoria, colaboração, palavras de encorajamento, críticas e sugestões contribuíram na sua construção e sem os quais a sua concretização e o esforço nele investido teria sido inglório.

Agradeço todo o contributo, apoio, dedicação, humanismo e disponibilidade demonstradas pela Professora Soveral.

Às Instituições de Saúde que acederam colaborar no meu estágio, não esquecendo em particular toda a colaboração prestada pelas enfermeiras orientadoras e enfermeiros dos diferentes campos de estágio pela sua disponibilidade e acolhimento.

A todas as crianças, os jovens e suas famílias pela riqueza das experiências e oportunidades partilhadas.

À minha família, amigos e colegas, pela paciência, compreensão e ânimo, por me continuarem a incentivar a evoluir como pessoa e profissional, podendo assim realizar os meus sonhos.

Através do carinho, força, apoio e dedicação transmitidos ao longo destes anos, foi possível atingir mais uma etapa da minha vida.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF – Cuidados centrados na família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

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

GCT – *Gate Control Theory*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

SI – Saúde Infantil

SNC – Sistema Nervoso Central

SUP – Serviço Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A dor pediátrica é considerada como um fenómeno complexo e multidimensional. As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress*.

No decorrer deste trajeto, norteiei-me pelo projecto subordinado ao tema: “O Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor”. Focalizo-me no uso destas intervenções, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções, e simultaneamente, modificam o significado da dor para quem a percebe. Cumulativamente, a utilização deste tipo de intervenções contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções autónomas e interdependentes. Neste processo formativo, para sustentar teoricamente esta problemática e orientar o estudo, elegi a teoria de conforto de enfermagem de Katherine Kolcaba de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem aos RNs internados numa unidade de cuidados neonatais, pois, segundo a autora, o conforto é um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Proporcionar conforto ao cliente é uma das funções mais importantes da enfermagem e uma pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O presente relatório, como produto final de um percurso, aspira a ser objeto de avaliação do mesmo. A metodologia de trabalho utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na reflexão sobre a prática e evidência científica de enfermagem e de outras disciplinas, mobilizada ao longo da experiência formativa. Pude perceber ao longo do percurso efetuado que o sistema cliente-família é acometido por diversos stressores, cabendo ao enfermeiro uma preparação adequada para uma prestação de cuidados de grande complexidade. As atividades desenvolvidas proporcionaram a aquisição de conhecimento aprofundado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, e habilidades para uma prestação de cuidados de nível avançado, numa lógica de cuidado humano e holístico, ou seja, conduziram às competências do EEESCJ.

Conceitos Chave: Dor; Recém-nascido, Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor; Conforto, Kolcaba.

ABSTRACT

Pediatric pain is considered to be a complex and multidimensional phenomena. Early and repetitive painful experiences during the neonatal period seem to impact on future painful experiences both on sensitiveness to pain or when dealing with distressful situations.

The subject on 'Nursing care of the newborn: non-pharmacological strategies for pain management' has been my main guide throughout this path. The use of non-pharmacological interventions has been positively highlighted since they modify the perception of pain and control it either in an isolated manner or alongside other interventions. Altogether, these interventions contribute to an increased visibility of the nursing profession since they are autonomous and interdependent nursing interventions. As a theoretical foundation for this formative process and in order to guide this study I chose the Comfort Theory by Katherine Kolcaba in order to contribute to the quality of nursing care provided to the newborns in a NICU. According to this author, comfort is an important positive and holistic end result used to measure the efficacy of the implemented strategies when caring for the newborn. Contributing to patients' comfort is one of the most important nursing roles as it is the pillar of the improved quality of care provided.

This report, as an end product, aims to be the object of assessment of this pathway. The methodology used was descriptive, analytical and reflexive, sustained by reflection on practice and scientific evidence of nursing and other disciplines, acquired during this formative process. Throughout this path I realized that since the client/family system is affected by various stressful factors, the nurse should be adequately prepared to the provision of care in highly complex situations. The undergone activities provided the acquisition of in-depth knowledge of child health and pediatric nursing, and the skills to provide advanced level of care, envisioning a humane and holistic perspective of care.

Keywords: Pain; Newborn; Non-pharmacological strategies for pain management; Comfort; Kolcaba.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. O Cuidar em pediatria e os cuidados não traumáticos.....	13
1.2. A dor como fenómeno multidimensional em pediatria	15
1.3. Avaliação da dor: um dever.....	17
1.4. Estratégias não farmacológicas para controlo da dor em recém-nascidos	18
1.5. Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem	20
2 APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMEAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM	24
2.1. Urgência Pediátrica.....	24
2.2. Centro de Saúde.....	30
2.3. Internamento de Pediatria.....	35
2.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	40
2.5. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido	44
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	56
ANEXO I: Escalas de Avaliação de Dor	57
APÊNDICES	60
APÊNDICE I: Pais: Parceiros no Controlo da Dor no SU	61
APÊNDICE II: Pais: Parceiros no Controlo da Dor	75
APÊNDICE III: Brincar terapêutico	89
APÊNDICE IV: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor	102
APÊNDICE V: Administração de sacarose ao recém-nascido como analgesia durante um procedimento doloroso	115

APÊNDICE VI: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor durante a prestação de cuidados em contexto neonatal	118
APÊNDICE VII: Formação - O Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido:	
Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor	121

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 6^o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No enquadramento do plano de estudos, o Estágio constituiu um segmento de formação importante, uma vez que me proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista. Terminado este período de aprendizagem, e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências conducentes à obtenção do grau de mestre, procurei fazer um exercício autocrítico e reflexivo do meu desempenho, evidenciado neste documento.

Ao refletir, enquanto enfermeira de neonatologia, sobre a dor e o desconforto do Recém-nascido (RN) durante a prestação de cuidados, muitas vezes invasiva e traumática, aliando-a à pertinência na área de Saúde Infantil e Pediatria, bem como ao contexto de trabalho em que me insiro, com a integração de novos elementos na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) pouco despertos para esta problemática, surgiu a temática para ser desenvolvida em contexto de estágio: “O Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor”. Estas funcionam como um importante recurso para a sua prevenção e o seu alívio, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A utilização deste tipo de intervenções contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções de enfermagem autónomas (Ordem dos Enfermeiros (OE) 2011a).

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

A **dor pediátrica**, como um fenómeno complexo e multidimensional, exige do profissional de saúde a compreensão adequada de fatores biológicos, comportamentais, afetivos, cognitivos e culturais. Por outro lado, a adequação dos diversos instrumentos para a mensurar, de acordo com a idade e etapa do desenvolvimento infantil, o contexto no qual a dor ocorre, bem como as intervenções potencialmente mais eficazes para cada situação, são condicionantes que comprometem uma correta avaliação e posterior intervenção. Desde 2003, que a dor é considerada o 5^o sinal vital e a avaliação e o registo regular da intensidade em

todos os serviços prestadores de cuidados de saúde considerada como norma de boa prática. (Direcção Geral de Saúde (DGS) 2010a).

Pelo referido, baseada nesta fundamentação científica e fruto de uma necessidade própria em querer proporcionar **conforto** e prestar cuidados de excelência ao RN e família, desenvolvi este percurso formativo.

São diversas **as intervenções não farmacológicas** para o controlo da dor e a sua escolha depende de diversas condicionantes (recursos, contexto, tipo de dor) o que pode causar dúvidas e receios a quem as implementa, cabendo ao EEESCJ, através de uma formação contínua sobre os recursos e estratégias ao seu alcance, efetuar um tratamento diferenciado da dor, como preconizado no Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008). Neste sentido, no contato com realidades assistenciais tão distintas, senti a necessidade enquanto profissional, de melhorar a compreensão sobre esta problemática e transferir estes conhecimentos para o contexto laboral, de forma a melhorar a prática e obter ganhos efetivos na saúde e conforto dos RNs. E, é precisamente desta exigência, que surge a necessidade de formação constante, suportada na integração de novos conhecimentos e reforço dos já existentes, com vista ao desenvolvimento de competências, que permitam encarar com confiança os desafios presentes e futuros.

O período de estágio decorreu entre 27 de Setembro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016, e contemplou um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), um Serviço de Internamento de Pediatria, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e uma Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN). Os locais foram escolhidos de acordo com as orientações da OE e os objetivos do estágio, partindo do princípio de que iriam constituir uma fonte rica em conhecimento e experiências, com o intuito de implementar o projeto previamente delineado.

A elaboração do relatório de estágio tem os seguintes objetivos: descrever as atividades desenvolvidas e a sua intencionalidade de acordo com os objetivos definidos; ilustrar o percurso efetuado no decurso do Estágio; evidenciar a aquisição de competências de EEESCJ; evidenciar capacidade autocrítica e reflexiva sobre o meu exercício profissional; servir como instrumento conducente à discussão pública para obtenção do grau de mestre.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi a descritiva-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica, quer por leitura de documentos em papel, quer por pesquisa em bases de dados *online*.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No capítulo I é feito enquadramento conceptual da temática, realçando-se a importância da mesma. No capítulo II

é feita a descrição e análise das atividades de estágio, onde estão espelhadas as intervenções de enfermagem e estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos em cada contexto. No capítulo III são descritas as competências de EEESCJ adquiridas/desenvolvidas ao longo deste percurso. Segue-se, no quarto capítulo, a nota final, onde é realizado um balanço deste percurso formativo, destacando os seus principais desafios e conclusões. Por último as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices onde constam alguns dos trabalhos produzidos no decorrer do estágio.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os cuidados de enfermagem têm-se descentrado da doença e da área tecnicamente curativa para uma visão holística do cliente. Cuidar convenientemente a criança e família em situação de doença e proporcionar-lhes conforto é a principal intervenção que o enfermeiro poderá prestar com vista ao restabelecer do equilíbrio da mesma (Kolcaba, 2010).

Neste capítulo desenvolve-se um enquadramento conceptual da temática, assente nas pesquisas bibliográficas efetuadas acerca da mesma, articulando-o com a sua importância para a prática dos cuidados.

1.1. Cuidar em pediatria e os cuidados não traumáticos

A filosofia subjacente ao **cuidar em Pediatria**, como em qualquer contexto clínico, advoga que não basta tratar a pessoa na sua dimensão biológica, mas que a pessoa deve ser vista como um todo, contribuindo com esta visão para o seu crescimento e desenvolvimento integral e harmonioso, o que implica a integração da família na equipa de saúde. A criança e a família formam uma unidade, com necessidades específicas mas convergentes para um mesmo objetivo, ou seja, cuidar efetivamente do doente, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo o seu conforto em todos os contextos. Nesta perspetiva holística de cuidado, a família revelou-se um parceiro extremamente importante na promoção do conforto, baseada numa parceria com benefícios mútuos/recíprocos para a criança e família, reconhecendo e valorizando a importância da mesma na vida da criança e no seu bem-estar (Hockenberry&Wilson, 2014), tal como preconizado pela filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF).

A OE (2010a) considera que o EEESJ utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Representava uma nova filosofia da enfermagem pediátrica e é o corolário do esforço feito para humanizar os serviços de internamento de crianças e jovens. O envolvimento dos pais no cuidar constitui para ambos uma oportunidade para enfrentar os momentos difíceis de separação e dor que a doença e a hospitalização acarretam. Esta participação emerge da relação que os enfermeiros são capazes de estabelecer com os familiares e com a criança doente. O enfermeiro tem de ser “perito” nesta matéria, de forma a conseguir encontrar estratégias que dinamizem a inclusão

da família na equipa de saúde, para a obtenção dos melhores resultados possíveis no tratamento e manutenção do bem-estar da criança.

Cuidar é o ideal moral da enfermagem, cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana, (Benner, 2001), e atualmente valoriza-se o cuidado de enfermagem à criança e família de uma forma não traumática. No entanto, ainda se verifica que maioritariamente, os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que tem um contato mais próximo e prolongado com a criança, espera-se que desempenhe um papel chave na promoção do conforto e do seu bem-estar, dirigindo a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, e o menos traumáticas possível (Jorge, 2004).

São inúmeras as teóricas que contribuíram para a evolução dos **cuidados não traumáticos**, cada uma com uma forma diferente de os expressar, mas uma premissa comum entre elas: estes cuidados variam de indivíduo para indivíduo e, o enfermeiro deve valorizar cada pessoa como um ser único e com necessidades individuais. Como tal, o EEESCJ necessita de ajustar os seus cuidados à singularidade do cliente pediátrico, com o intuito de atenuar o seu sofrimento, e promover um crescimento e desenvolvimento adequados da criança.

A criança é uma Pessoa singular, um ser de direitos, um ser vulnerável, frágil pela sua incapacidade para se defender, e um ser em constante crescimento e desenvolvimento. Desta forma e, cumulativamente, quando uma criança se encontra hospitalizada, o enfermeiro deve cumprir a Carta da Criança Hospitalizada para que todos os seus direitos sejam respeitados e defendidos, independentemente do contexto da sua prática “(...) o enfermeiro assiste a criança e família nas escolhas informadas e no agir para o melhor interesse da criança” (Hockenberry & Barrera 2014 p.12). Esta Carta fornece orientações para assegurar que todas as crianças recebem os melhores cuidados de enfermagem e, fazendo referência no 5º Princípio que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (OE, 2013 p.20).

Os cuidados de enfermagem, na sua essência, têm como objetivo uma prestação não traumática e prendem-se precisamente com intervenções que visam a redução de agentes stressores da criança e família.

A família é uma extensão da criança que necessita de atenção e cuidado, ou seja, a criança é o primeiro alvo do cuidar mas não se pode descurar a família, devendo esta estar incluída numa parceria de cuidados, de forma a fomentar e produzir um crescimento físico, emocional e social quer da criança quer da própria família.

Se, ao profissional de enfermagem este modelo permite desenvolver a capacidade de escuta e comunicação, à família dá a possibilidade de autonomia, principalmente quando a mesma se depara com os obstáculos característicos de um internamento.

1.2. A dor como fenómeno multidimensional em pediatria

A **dor** é um fenómeno multidimensional e complexo. A DGS, em 2003, refere que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)” e 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 efectiva humanização das Unidades de Saúde” (p.1). Constitui, desta forma, uma prioridade no setor da prestação de cuidados de saúde.

A preocupação pela dor da criança, em particular, começou a assumir importância no final do século XX, altura em que começam a surgir os primeiros estudos que relatam diferenças entre o tratamento da dor em crianças e adultos em condições semelhantes. Presentemente, apesar de ainda haver lacunas no conhecimento acerca da sua epidemiologia nas crianças, observa-se uma maior preocupação em avaliar e controlar a dor na mesma. A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que, para poderem ser promovidas, têm de ter a dor como “alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de actividade como um outro sinal vital” (Batalha, 2010, p.14).

Segundo Batalha (2010), de entre as teorias existentes na literatura para explicar o fenómeno da dor, a **Teoria do Portão** ou *Gate Control Theory* (GCT), proposta por Melzack e Wall, em 1965, é a que consegue explicá-lo de uma forma mais abrangente, concebendo a existência de uma estrutura neuronal – porta ou portão – que deixa ou não passar os impulsos eléctricos, desde as fibras aferentes primárias até ao Sistema Nervoso Central (SNC). O portão abre ou fecha de acordo com o equilíbrio entre a atividade das vias aferentes primárias (fibras $A\beta$ e $A\delta$, C) e as vias descendentes do cérebro. Se as substâncias neurotransmissoras de excitação (a mais conhecida é a substância P) atuarem, o portão abre; fecha mediante a libertação de substâncias neurotransmissoras de inibição. Quando o volume de informação que atravessa o portão excede um determinado nível crítico, dá-se a ativação de zonas neuronais responsáveis pela dor e sua reação. A libertação de substâncias excitatórias deve-se às fibras $A\delta$ e C e as de inibição às $A\beta$. Estas últimas são estimuladas pela massagem, calor

ou estimulação nervosa transcutânea de baixa intensidade e, ao libertarem neurotransmissores de inibição, levam ao encerramento do portão, impedindo a passagem de impulsos elétricos para o cérebro. Se dominar a acção das fibras A δ e C, há libertação de substâncias excitatórias, levando à dor. No entanto, mesmo numa condição em que a acção das fibras A δ e C seja superior, o portão pode ser fechado pela acção das vias descendentes (actuam desde os centros corticais superiores através das vias nervosas de controlo descendente). Neste caso, há libertação de opiáceos endógenos, sendo os principais grupos as endorfinas, as encefalinas e as dimorfinas. Estas substâncias inibem a produção da substância P, o que exalta o efeito terapêutico de atividades como a diversão, distração, concentração, aconselhamento ou mesmo o efeito placebo.

Ainda de acordo com o mesmo autor, na mesma obra (p.15), a criança difere dos adultos em aspetos “anatômicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos”, levando a uma percepção da dor mais intensa e que pode ser mais ou menos superada de acordo com a mudança da sua neuroplasticidade em função de estímulos internos e externos.

É atualmente reconhecido que os RNs têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (Linhares & Doca, 2010). A investigação na área da Neurobiologia demonstra que, como já foi referido, as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, provocando uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos nos RNs pré-termo (DGS, 2010a).

A evidência científica (Anand, 2001) sugere que a exposição repetida e prolongada à dor pode alterar o desenvolvimento do cérebro e, conseqüentemente, o comportamento da criança e do adolescente a longo prazo. Associadamente, as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010a), como diz Batalha (2010, p.18) “nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentavam mais dor, mesmo quando eram empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”.

1.3. Avaliação da dor: um dever

A OE em 2010, considera, como já dito, que **o controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática**, tornando-se imprescindível avaliar, intervir e registar a sua intensidade (OE, 2013). Corroborando desta filosofia de cuidados, a DGS preconiza, também desde 2010, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, como norma de boa prática. Torna-se pois, fulcral definir normas que padronizem a nossa atuação com a finalidade de adequar e intervir junto das crianças da forma mais adequada.

A avaliação da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança. Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contato, pelo menos uma vez em cada turno, no caso da criança internada.

O registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de características consideradas úteis para interpretar a dor na criança, uma vez que a maioria destas escalas apenas avalia a intensidade da dor.

Concretamente, os RNs, a partir das 24 semanas de gestação, respondem aos estímulos dolorosos através de manifestações fisiológicas e comportamentais mensuráveis. Quando saudáveis, são expostos, no primeiro mês de vida, a procedimentos invasivos (vacinação, Teste de *Guthrie*) cuja dor pode ser prevenida e/ou minimizada através de intervenções não farmacológicas. Quando nascem prematuramente ou doentes, o internamento em unidades neonatais é acompanhado por uma elevada frequência de procedimentos invasivos que provocam dor aguda e/ou persistente. Perante esta realidade torna-se necessário que todos os serviços que lidam com RNs conheçam e criem condições para prevenir e controlar a dor nesta população vulnerável (DGS, 2012b).

A prevenção da dor é importante, não somente devido aos aspetos éticos, mas também pelo potencial de consequências da exposição repetida à mesma. Essas consequências incluem alteração da sensibilidade, alterações comportamentais e fisiológicas (Anand, 2007).

Nos RNs, a DGS (2010) recomenda a utilização dos seguintes instrumentos (anexo 1):

- EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;

- NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) útil para a avaliação da dor em prematuros submetidos a procedimentos;
- N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) útil para a avaliação da dor em recém-nascidos em ventilação assistida.

1.4. Estratégias não farmacológicas para controlo da dor em Recém-nascidos

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EEESCJ deverá desempenhar um papel ativo na escolha das metodologias mais adequadas perante o *stress* e a dor, particularmente úteis em situações como a realização de procedimentos invasivos. Pretende-se que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação do RN e família, como também o promotor de uma resposta de elevado grau e adequação às suas necessidades, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento. Pela sua formação especializada deve conseguir uma proximidade com a criança e família, detetando precocemente as necessidades e potencialidades, pelo que desempenha um papel preponderante como elo de ligação na equipa multidisciplinar.

Em parceria com os pais, é fulcral reconhecer a individualidade da dor no RN, e a sua variabilidade, com a finalidade de avaliar e interpretar o seu estado emocional, de forma a intervir corretamente.

Um aspecto importante para a assistência de enfermagem neonatal é a criação de um ambiente propício para o cuidado ao RN, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo e minimize os efeitos negativos da doença e da separação dos pais (Christoffel, et al, 2009). Nas Unidades de Cuidados Neonatais, os RNs são comumente expostos a múltiplos eventos stressantes ou dolorosos, incluindo excesso de luz e ruídos, manipulação frequente, além de repetidos procedimentos dolorosos, como a punção de calcâneo e punção venosa. Estes fatores resultam em desorganização fisiológica e comportamental (DGS, 2012b).

O controlo da dor, assim como a seleção da estratégia mais eficaz para a prevenir/minimizar deve ser uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem ao RN (Anand, 2001). As estratégias para melhorar o alívio da dor são da responsabilidade do profissional de saúde, mas o tratamento e alívio correspondem a um direito humano básico.

A adoção de **estratégias não farmacológicas** tem adquirido extrema importância junto dos enfermeiros aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. O recurso a estas intervenções é importante, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções, e porque modificam o significado da dor para quem a percebe.

Através da utilização de estratégias não farmacológicas, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às percepções, expectativas, avaliações e construções, que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (Linhares & Doca, 2010).

De acordo com a DGS (2013), as estratégias não farmacológicas podem classificar-se conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, ou seja, comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.

A correta seleção, juntamente com a correta implementação das estratégias, requer domínio e treino das mesmas, pelo que, para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante terem presente alguns fatores essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital.

As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor e as mais adequadas aos RNs são diversas, pelo que cabe ao enfermeiro orientar os seus cuidados para as necessidades do mesmo, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

Assim, de acordo com Batalha (2010); Linhares & Doca (2010); Academia Americana de Pediatria (2001) e a DGS (2013) enumero as seguintes:

- Redução da incidência de luzes sobre o RN;
- Redução do ruído ambiente (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Posicionamento adequado do RN (a contenção em “ninhos” que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);
- Concentração de manipulações;
- Massagem terapêutica;
- Embalo, “colinho”;

- Contato físico dos pais com o RN (principalmente com a mãe) parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em RN de termo;
- *Método canguru* - reduz significativamente a duração do choro, a atividade física e a diminuição da frequência cardíaca nos RNs prematuros;
- Sucção não nutritiva - está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor aquando da sua interrupção;
- Leite materno - além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno ou oferecido por sonda nasogástrica;
- A sacarose a 24%, utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão, tem levado a verificar-se a expressão facial de tranquilidade no RN e/ou diminuição do tempo de choro. Esta ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinocicetivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A utilização da sacarose é recomendada pela Academia Americana de Pediatria (2000) para o alívio da dor aguda em RNs internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.

É impreterível que os enfermeiros realizem formação, e estejam despertos para o uso eficaz das medidas não farmacológicas para controlo da dor neonatal. Em consonância, é fundamental que incentivem e promovam a presença dos pais no sentido de estes serem uma peça importante na eficácia destas estratégias.

1.5. Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem

A evolução do conceito de pessoa tem sido feita no sentido de a considerar como um ser bio-psico-social e espiritual que interage consigo, com os outros e com o meio ambiente. Esta é pois uma abordagem holística, onde a pessoa é vista e abordada como um sistema em equilíbrio dinâmico.

As unidades de cuidados intensivos neonatais vocacionadas para a prática de cuidados específicos e diferenciados, a par dos constantes avanços tecnológicos, têm permitido aumentar a sobrevivência, utilizando para isso todos os recursos disponíveis (Pacheco, 2004). De acordo com a mesma autora “(...) a especialização dos profissionais de saúde tem sido de muito valor, uma vez que, ao possuírem conhecimentos profundos e bem fundamentados, contribuem em grande parte para um atendimento mais dirigido e específico” (*Ibid*, p.45). Apesar dos grandes desenvolvimentos, no campo da ciência, investigação e formação, não podemos esquecer que todo o nosso trabalho se dirige ao ser humano que no início da sua vida se encontra vulnerável e fragilizado. A enfermagem visa assim, na sua essência, o cuidar da pessoa, sendo que, de acordo com a mesma autora, na mesma obra (p.46) “(...) por mais sofisticadas, completas e eficazes que sejam as tecnologias, elas nunca poderão substituir os cuidados prestados por um ser humano a outro ser humano, uma vez que certamente se limitarão aos aspectos biológicos.”

Surge assim um despertar no sentido de, a par do conhecimento, experiência e mestria na utilização de toda a tecnologia que envolve uma unidade de cuidados neonatais, os enfermeiros assumam e se encontrem sensibilizados para a importância do conforto, com abrangência das diferentes dimensões da pessoa.

Foi sem dúvida a pensar neste contexto que envolvo a **Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba** na prática, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos RNs internados numa unidade de cuidados intensivos, pois, segundo a mesma, o conforto é um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba e Dimarco, 2005).

O **conforto** encontra-se desde sempre como componente essencial da enfermagem, constituindo um tema de grande relevância para a disciplina, pela perspectiva de missão, de proficiência profissional ou resultado (Dowd, 2004).

Etimologicamente, conforto significa consolo, ânimo, coragem, comodidade e aparece como referência na bibliografia da especialidade como objeto da enfermagem e enquanto resultado ou processo de ajuda. Surge como conceito relevante em várias teorias de enfermagem, diversas taxonomias, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Conforto é algo subjetivo, podendo ser definido e ter significações diferentes mediante os contextos, cultura ou pessoa. Na CIPE – Versão 2 define-se como “Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (*International Council of Nurses*, 2011, p.48).

Kolcaba expôs o conforto através de um diagrama, cujo nome é estrutura taxonômica de conforto e justapôs os três tipos de conforto que são **alívio** (refere-se à experiência do doente quando o desconforto é aliviado ou minimizado, quando uma necessidade específica é satisfeita), **tranquilidade** (corresponde ao estado de calma, ausência de desconforto) e **transcendência** (o estado em que o doente consegue superar o seu desconforto ou sofrimento). Por sua vez definiu os contextos nos quais o conforto é experimentado, que são o **físico** (sensações do corpo e mecanismos de homeostasia), **psico-espiritual** (consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima), **social** (relações interpessoais, familiares e culturais), **ambiental** (pertence ao meio, às condições e influências externas). Ao transpor os três estados de conforto com os quatro contextos em que ele pode ocorrer, obtemos uma grelha de doze células com duas dimensões, designada por estrutura taxonômica do conforto. As doze células da estrutura taxonômica representam os aspetos relevantes do conforto e demonstram a sua natureza holística: qualquer necessidade de conforto de um indivíduo tem um lugar nesta estrutura, e qualquer intervenção de enfermagem direcionada para um aspeto do conforto reflete-se indiretamente em qualquer outro (Kolcaba, 2003).

Tendo em conta os fatores acima referidos e o facto de a hospitalização ser considerada um fator de grande *stress* para a criança e família, o conforto torna-se uma medida fundamental para o cuidado pediátrico (Kolcaba, 2010).

Especificamente, e articulando com a temática do relatório, focalizo o contexto do conforto físico que é relativo às sensações corporais e aos mecanismos homeostáticos. As necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco devido a uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor. O enfermeiro deve proporcionar um cuidado o menos traumático possível, de forma a manter um adequado desenvolvimento da criança, sendo as intervenções de conforto dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase. No contexto psico-espiritual, saliento a confiança e motivação para a família do RN conseguir ultrapassar o evento de *stress*. Em consonância, o conforto ambiental que remete para o meio e para as condições de influência externas, as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança. Outros itens também são fundamentais, como a temperatura, luminosidade, o ruído, os odores, as manipulações frequentes, através das quais o enfermeiro proporciona todos os cuidados necessários para atingir o bem-estar do RN e família e um ambiente promotor de saúde. Por fim, relativamente ao cuidado social, o enfermeiro reconhece a cultura da tríade adequando os seus cuidados de forma a respeitá-la culturalmente (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Para uma correta percepção desta Teoria de Conforto a autora explicita alguns conceitos, nomeadamente Enfermagem como a avaliação intencional de necessidades de conforto dos doentes, famílias e/ou da comunidade, conceção de medidas de conforto para atender a essas necessidades, e reavaliação das necessidades após a sua implementação, em comparação com uma linha de base anterior (Kolcaba, 2010).

Proporcionar conforto ao cliente é uma das funções mais importantes da enfermagem e uma pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos, devendo o cliente ser considerado como um ser único numa situação particular e que, atendendo ao seu bem-estar, carece de cuidados personalizados (*Ibid*).

2. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

A finalidade do estágio foi desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEESCJ, de acordo com o preconizado pela OE e legislação em vigor. Pretende-se que contribuam para a melhoria da prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade aos vários níveis: científico, humano e técnico, sustentado na filosofia dos cuidados não traumáticos, tendo como referencia teórica de enfermagem o modelo de Katherine Kolcaba – Teoria do Conforto, de modo a promover o conforto do cliente pediátrico.

Os locais de estágio foram selecionados por apresentarem potencial contributo para o percurso de aquisição de competências nos diversos contextos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e família, e concomitantemente, na temática do projeto. Seguidamente, considerando as necessidades identificadas em cada um dos locais, foram elaborados objetivos e as atividades para serem desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos em que decorreu o Estágio.

O presente capítulo pretende analisar de forma reflexiva os objetivos delineados para cada um dos locais de Estágio, assim como as atividades realizadas para a sua concretização, procedendo-se também à sua fundamentação e à articulação com as competências necessárias para a obtenção do grau de EEESCJ.

Ao longo destes estágios a minha atuação centrou-se na identificação das necessidades de conforto, nos diferentes contextos, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos, fortalecedores e satisfatórios, quer para o cliente pediátrico e sua família, quer para as equipas de enfermagem (Kolcaba & Dimarco, 2005).

2.1 Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio no SUP decorreu entre 29 de Setembro a 23 de Outubro de 2015, num total de 4 semanas. A opção por este campo de estágio pautou-se por diversas razões, inicialmente foi uma proposta feita pela docente orientadora dada a proximidade da minha área de residência e, posteriormente, após a entrevista com a Enfermeira Chefe do Departamento de Pediatria, o

facto de possuírem uma equipa direcionada para a temática da dor que se enquadra na perfeição na temática do meu projeto.

Assim, delineei os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidado à criança, ao jovem e família em contexto de urgência;
- Compreender as estratégias não farmacológicas no controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à criança, ao jovem e família em contexto de urgência;
- Conhecer a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, com especial relevo na prestação de cuidados não traumáticos e nas necessidades de conforto da criança, do jovem e família em contexto de urgência.

O SUP divide-se em quatro valências que se encontram interligados, nomeadamente, Sala de Triagem, Sala de Tratamentos e Sala de Aerossóis e Sala de Observação.

A filosofia preconizada é a de CCF, no entanto, pode ainda ocorrer o apoderamento da situação numa lógica “paternalista”, pautada pela centralização das decisões nos mesmos, que partem da premissa de que a sua atuação se baseia sempre no melhor interesse das pessoas (Sousa, 2009). O desejável é o envolvimento da família nos cuidados, sendo fomentado o seu *empowerment*, ou seja, a sua capacitação para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde (*ibid*).

O método de trabalho é maioritariamente à tarefa. Este método é funcional num serviço de urgência, no entanto, considero que pode levar a uma fragmentação da pessoa. Isto é, o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão somente pela concretização de tarefas atomizadas, que lhe requerem, no essencial, competências de natureza executiva (Lopes,1995). Para contrariar esta tendência, descaracterizando por completo a sua prestação de cuidados, baseada numa lógica de desenvolvimento de tarefas, a interação assume especial relevo, nomeadamente através de chamar a criança pelo nome, atender às preocupações e receios dos pais naquele momento, atendendo o cliente pediátrico na sua globalidade.

Para poder atingir o primeiro objetivo foi imperativo adquirir, previamente, um conhecimento teórico - prático mais abrangente, dada a diversidade de situações que recorrem ao serviço. Para tal, a consulta e leitura de diversa bibliografia possibilitaram-me adquirir bases teóricas para intervir em todos os focos de enfermagem, de forma geral ou específica, não me centrando na patologia, mas sim num cuidar holístico da criança, do jovem e da família. Já no decorrer do estágio verifiquei que, dada a sazonalidade, nesta época do ano as

patologias do foro respiratório são a causa mais frequente de ida ao SUP. Verifiquei que um número elevado de crianças ou jovens que recorrem ao SUP, não o fazem em situação de real urgência, existindo falta de conhecimentos por parte dos pais para lidar com a doença aguda, nomeadamente febre, tosse, diarreia, entre outras e por considerarem o hospital como recurso de primeira linha. Tal como referem Coelho *et al.* (1996, p. 22) “ (...) na verdade o atendimento no SU constitui um dos principais recursos de saúde da população e muitas vezes a primeira escolha, quer em caso de doença, quer em situações caricaturais que não sendo urgentes ainda assim implicam esclarecimento e encaminhamento adequado (...)”.

Perante estas situações numa tentativa de educação para a saúde, alertei os pais para, sempre que possível, recorrerem ao centro de saúde ou médico de referência e, mesmo, através da Linha Saúde 24.

Dada a minha inexperiência da dinâmica num serviço de urgência, e ciente de que neste serviço a capacidade de diagnosticar precocemente e intervir nas situações urgentes e emergentes é primordial, a observação da atuação da EEESCJ no cuidado à criança, ao jovem e família foi crucial para me familiarizar com o método de trabalho, com a dinâmica, com o circuito da díade, e com o sistema informático utilizado para, assim, gradualmente, poder adquirir autonomia na prestação de cuidados. Foram assim lembradas e aperfeiçoadas várias competências pessoais e profissionais, não específicas do EEESCJ, mas também a ele necessárias, tais como, a avaliação da criança global e o mais rápida possível, de forma a identificar sinais e sintomas por vezes não evidentes e não identificados pelos pais. O reavivar destas competências fez emergir outras, essas sim características do enfermeiro especialista: demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (triagem de uma criança vítima de atropelamento) e realizar a gestão dos cuidados na área de Saúde Infantil, refletir na e sobre a prática de forma crítica (conversas informais com a orientadora) e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente pediátrico (parceria de cuidados).

Das diferentes salas de prestação de cuidados, a triagem foi a que me suscitou mais interesse, pois é aqui que se inicia o contato da díade com a equipa de enfermagem. A OE (s/d) refere que a triagem é

(...) o primeiro contato visual que temos com a criança e com os pais, é onde devemos aproveitar para iniciar um contato acolhedor transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que ali são bem-vindos, mostrando máxima disponibilidade. É o primeiro passo para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa multidisciplinar
(<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20ate>

ndimento%20%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%AANCia%20Pedi%C3%A1trica,%20Din
o%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf, s/d, acessado em 1 Outubro de 2015.

Através da triagem, o enfermeiro inicia a sua avaliação da criança e é estabelecida uma prioridade de atendimento. O sistema utilizado foi elaborado pelos próprios profissionais do SUP, recorrendo à linguagem CIPE com diferentes diagramas e fluxogramas de fácil acesso, sinalizando as cores de prioridade no momento. No entanto, segundo a responsável do SUP, está previsto adotarem a triagem canadiana adaptada à pediatria - *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*. Assim, e sustentado por Jorge (2004), realizei o acolhimento da díade, baseada por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, fundamentais na relação com a criança, o jovem e família, com o intuito de promover a confiança na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua.

Saliento a avaliação da dor que é efetuada na sala de triagem, pois constitui uma atividade de primordial importância para posterior controlo da eficácia dos cuidados prestados pela a equipa de enfermagem. Corroborando esta importância, o Grupo Português de Triagem (2010, p. 43) refere que a “avaliação garante que a dor é tratada na sua primeira oportunidade (...) esta avaliação pode ser difícil uma vez que (...) alguns doentes, especialmente as crianças, podem negar as dores para evitar tratamentos ou o internamento no hospital”. Sendo assim, para uma correta avaliação, durante a entrevista, tive necessidade de identificar as manifestações fisiológicas e comportamentais da dor. Um aspeto facilitador foi o facto de o próprio sistema informático ter disponíveis as diferentes escalas de avaliação da dor, mais adequadas às diferentes faixas etárias de acordo com o preconizado pela DGS. Não obstante, constato que em relação ao RN a aplicação da escala nem sempre é objetiva. Perante esta situação questioneei a enfermeira orientadora sobre esta evidência, tendo esta referido que, apesar de a equipa ter conhecimentos sobre a sua aplicação, a mesma exige tempo, o que nem sempre é possível. Presente desta atitude, e dada a minha experiência profissional com RNs, e projeto, a minha intervenção foi dividida em duas fases: inicialmente, demonstrar na prática o quão é fácil e rápido aplicar a escala desde que se esteja familiarizada com a mesma e quais as questões pertinentes a colocar aos pais. Numa segunda fase foi reforçar a necessidade de adotar estratégias não farmacológicas mesmo nos RNs, dado que as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010a). Como diz Batalha (2010, p.18) “nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente,

apresentavam mais dor, mesmo quando eram empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”. Senti-me uma mais valia, pois sempre que possível a equipa solicitava a minha colaboração na prestação de cuidados aos RNs que recorriam ao SUP.

No hospital, a criança encontra-se afastada do ambiente que lhe é familiar e dos seus objetos pessoais, o que leva a que possa perder a maioria das suas referências, tornando o ambiente hospitalar potencialmente stressante, influenciando negativamente o seu estado psicológico (Carvalho e Begnis, 2006). Considerando o referido, torna-se deveras importante que todas as instituições que prestam cuidados de saúde à criança e ao jovem promovam a adequação dos seus espaços físicos e dos seus profissionais às necessidades dos mesmos, enquanto indivíduos que se encontram em desenvolvimento. Contudo, a Sala de Aerossóis, local de *stress* para a maioria das crianças que necessitam deste tipo de terapêutica, encontrava-se na opinião da equipa de enfermagem insuficientemente adaptada a estes sujeitos de cuidados, extremamente iluminada, necessitando de mais algum tipo de material lúdico que lhes permitisse a sua distração, no entanto constatei que havia alguma inércia para contrariar este facto, apesar de a equipa estar sensível a esta temática, pois, como menciono no início, existe no Hospital um “Grupo da Dor”, com diversas formações periódicas, tendo disponível um Kit Não Dói. Assim, para colmatar esta lacuna durante este período incentivei a equipa para o uso eficiente dos recursos existentes (livros, bonecos e caixa de música), adequados às faixas etárias do cliente pediátrico, durante a administração da terapêutica. Reforçando, de acordo com os princípios de conforto preconizados por Kolcaba e DiMarco (2005), quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não podem ser impedidos ou prevenidos, as crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através de intervenções que transmitam conforto, esperança, carinho, apoio.

Na sala de tratamentos, a criança ou o jovem é submetido a diversos procedimentos considerados traumáticos e dolorosos, nomeadamente venopunções para colheitas de sangue, colocação de cateter periférico para administração de terapêutica, aspiração de secreções, entre outras, causadoras de dor e desconforto. Deste modo, partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem tem como finalidade a promoção de bem-estar e conforto, e que os enfermeiros podem, em contexto hospitalar, implementar autonomamente estratégias (OE, 2008) que a visem, a concretização deste objetivo passou pela promoção do conforto físico e ambiental da criança através do controlo da dor, com recurso a estratégias não farmacológicas, nomeadamente a preparação da criança e família para os procedimentos invasivos, o incentivo à presença dos pais, o posicionamento, a distração, atividade lúdica,

manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, entre outras. Estas intervenções são baseadas nas orientações da DGS (2013) e na Teoria do Conforto de Kolcaba e DiMarco (2005) e constituem métodos úteis para ajudar a criança a enfrentar ou ultrapassar situações adversas (Barros, 2003).

Contrapondo com o anteriormente referido na sala de aerossóis, há que realçar que, na sala de tratamentos, o uso de diferentes estratégias não farmacológicas é feito de forma sistemática, assim como o registo em sistema informático dessas mesmas estratégias. Penso que este é um aspeto bastante positivo e relevante da equipa pois é através dos registos de enfermagem que podemos dar visibilidade à qualidade dos cuidados que prestamos.

Acresce dizer, numa tentativa também de alertar e demonstrar à equipa o quão importante é, que os pais nunca foram esquecidos nesta minha prestação de cuidados, uma vez que, o EEESCJ, segundo a OE (2010a), utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.

O envolvimento dos pais no cuidar constitui para a díade uma oportunidade para enfrentar os momentos difíceis de separação e dor que a doença e a hospitalização acarretam para a família. O enfermeiro tem de ser “perito” nesta matéria, de forma a conseguir encontrar estratégias que dinamizem a inclusão da família na equipa de saúde, para a obtenção dos melhores resultados possíveis no tratamento e manutenção do bem-estar da criança ou do jovem. De acordo com Pimenta (2000), as estratégias não farmacológicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento. Corroborando, a OE (2013, p.18) refere que

“a presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera *stress* na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor”.

Nesta perspectiva, após a identificação das necessidades da equipa de enfermagem tendo em conta a importância dos cuidados não traumáticos, através da interação com a enfermeira orientadora e com os pares peritos na área, constato que a equipa de enfermagem já está sensível a esta problemática, pelo que delinee uma forma de sensibilizar os familiares ou

cuidadores da criança e do jovem para a importância e os benefícios da utilização de estratégias não farmacológicas – Pais: Parceiros no Controlo da Dor.

Assim, para lhes dar visibilidade estruturei um *poster* e um folheto informativo (Apêndice 1), onde exponho as estratégias não farmacológicas que podem ser aplicadas pelos pais e cuidadores à criança e ao jovem, consoante a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento. Estas vão ser um meio de comunicação e transmissão de informação para que os familiares e cuidadores captem a informação relevante e fundamental, relativamente à temática e consigam aplicar os cuidados apresentados. O *poster* será colocado na sala de espera do SUP para que todos lhe tenham acesso fácil e os folhetos entregues pela enfermeira durante o processo de triagem.

Ao longo deste estágio a minha atuação centrou-se na identificação das necessidades de conforto, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos, fortalecedores e satisfatórios quer para o cliente pediátrico, quer para a equipa de enfermagem (Kolcaba e DiMarco, 2005).

2.2 Cuidados de Saúde Primários

Este estágio, segundo o meu cronograma decorreu entre 26 de Outubro a 13 de Novembro de 2015, num total de 3 semanas. A escolha do centro de saúde para o realizar relacionou-se primeiramente com o facto de ser na minha área de residência e, em segundo lugar, porque possui consulta de enfermagem com EEESCJ e vacinação, o que possibilita desenvolver competências de enfermeiro especialista preconizadas pela OE.

Para este estágio delineei os objetivos seguidamente descritos:

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidado à criança, ao jovem e família em contexto de vigilância e promoção de saúde;
- Adquirir competências de EEESCJ na avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil;
- Compreender as estratégias não farmacológicas no controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros no contato com a criança, o jovem e família em contexto de vigilância e promoção de saúde.

Tornou-se imperativo retornar às aulas de políticas de saúde e pesquisar sobre a reestruturação que os cuidados saúde primários têm sofrido ao longo dos últimos anos, para assim poder compreender onde se integra a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde irei estagiar. Durante o período de estágio na UCSP diversas atividades contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Visto a enfermeira orientadora ser a responsável pela consulta de enfermagem de Saúde Infantil (SI), maioritariamente o meu estágio decorreu nesta valência, o que se revelou bastante enriquecedor para desenvolver competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Deste modo, as consultas de enfermagem de SI são indubitavelmente um momento essencial para a intervenção do enfermeiro aos vários níveis: avaliação global da criança e família, identificação de situações de risco, promoção das competências parentais e capacitação dos pais para uma previsão e adequação da satisfação das necessidades dos filhos nas distintas fases de desenvolvimento através de cuidados antecipatórios.

Colaborei de forma ativa na consulta de enfermagem de SI, através da prestação de cuidados à criança, ao jovem e família, visando o conforto e a promoção da autonomia e saúde individual e familiar. Para isso, mobilizei as competências técnicas, científicas, humanas, éticas e culturais, adquiridas a partir da aprendizagem académica e da prática profissional, procurando respeitar sempre a individualidade de cada cliente pediátrico. Desta forma, adequando as medidas à faixa etária da criança, os cuidados prestados incidiram em várias dimensões, nomeadamente na análise de alterações desde a última consulta; análise, valorização e esclarecimento de dúvidas, ou preocupações dos pais, valorizando o seu papel no acompanhamento e nos cuidados à criança e ao jovem; avaliação da dinâmica familiar através da observação direta ou indireta da interação dos diferentes elementos; avaliação do crescimento (dados antropométricos) e desenvolvimento (psicomotor, psicossocial, emocional e cognitivo), mediante perguntas e, ou jogos com as crianças e efetuando nas idades indicadas pelo Programa de Saúde Escolar o rastreio visual e auditivo, questionando também a frequência e adaptação ao infantário ou escola; deteção de potenciais situações de risco; confirmação e promoção do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; orientações sobre a alimentação de acordo com as diferentes idades e necessidades individuais (inclusive acerca de amamentação), como forma de prevenção de uma alimentação desequilibrada; ensinamentos acerca de higiene oral e corporal; e orientações acerca da adoção de medidas de segurança, principalmente em casa, na rua e no transporte das crianças. No contato com a criança ou jovem, procurei abordá-lo, de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento e o seu comportamento, tomando uma postura calma, uma posição ao nível da criança e utilizando linguagem simples, clara e verdadeira.

Destaco a avaliação de desenvolvimento infantil e juvenil pois, segundo a OE (2011) um dos focos de intervenção do EEESCJ é a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, visando a maximização do seu potencial, através da orientação

antecipatória à família. A aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, como recomendada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, foi uma aprendizagem útil, na medida em que adquiri novos conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento da criança até aos 5 anos, aplicável de forma transversal nos diferentes contextos pediátricos, assim como fiquei mais vigilante para identificar possíveis alterações de desenvolvimento.

Durante uma das consultas, juntamente com a enfermeira orientadora, detetámos uma criança com 5 anos de idade com dificuldade em interagir e comunicar com os pares e adultos, o que já tinha sido assinalado e referido pela mãe que se mostrou bastante interessada e preocupada com a situação. Tal como refere Sheridan (2011), o enfermeiro deve transmitir a informação através de uma comunicação empática e informativa, de forma clara, sensível e objetiva, escutando e valorizando o que é dito pelos pais, pela família ou pessoa significativa. Visto a criança não frequentar a pré-escola (fica aos cuidados da mãe), nesta primeira fase, a criança foi assinalada e encaminhada para um projecto existente na comunidade que é especificamente direccionado para crianças aos cuidados dos cuidadores: *Programa Aprender, Brincar e Crescer*. Este programa permite a interação entre crianças e seus cuidadores durante a realização de diversas atividades educativas.

Para uma maior organização e orientação durante as consultas de enfermagem de SI, realizei um quadro de consulta rápida, baseado na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, no qual constam resumidamente os pontos essenciais para as nas diferentes idades, bem como respetivos os cuidados antecipatórios.

É importante pesar e medir a criança e o jovem mas, é igualmente importante, avaliar o seu desenvolvimento global, de forma a observar se está a adquirir as “habilidades” próprias para cada idade como, por exemplo, agarrar objectos, sentar-se, gatinhar, dizer palavras, etc. Corroborando, a OE (2010, p.77) diz-nos que

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

Como afirmam Kolcaba e Dimarco (2005), as necessidades de conforto a nível físico relacionadas com a dor, quando impossíveis de prevenir, devem impor intervenções que possibilitem transcendência à criança, capacitando-a para lidar com a adversidade que o

momento doloroso constitui sem que isso influencie o seu adequado desenvolvimento. Fonseca *et al* (2006) mencionam que, no caso dos Centros de Saúde, a maioria das situações de dor na criança é provocada pelos próprios profissionais de saúde, uma vez que a eles ocorrem maioritariamente crianças saudáveis.

Esta constatação de que os próprios profissionais de saúde são responsáveis pela maioria das experiências de dor vividas pela criança durante a prestação de cuidados de saúde neste contexto, torna relevante a implementação de medidas que objetivem o seu controlo, de forma a prestar cuidados humanizados e que contribuam para o desenvolvimento harmonioso da mesma.

A implementação de estratégias para o controlo da dor levará, assim, a uma prestação de cuidados não traumática, adequando medidas de conforto que visem a redução do *stress* experienciado por parte da criança (Barros, 2003), possibilitando a necessária transcendência que foi referida anteriormente.

Após a identificação dos momentos de vacinação e de realização do Teste de *Guthrie*, pela dor que provocam, como aqueles potencialmente mais geradores de *stress* na díade, solicitei a permanência durante um dia (pelo menos) na Vacinação para assim poder observar as práticas de cuidados e reforçar a importância das estratégias não farmacológicas para prevenção e controlo da dor e promotoras do conforto. Apesar do impacto positivo da vacinação na prevenção de doenças graves e de este ser o procedimento doloroso mais habitual do contexto pediátrico (DeMore & Cohen, 2005), é reconhecido pelos profissionais de saúde que a sua administração é vivida por uma parte das crianças e dos pais com elevada ansiedade. Atesto que, em crianças entre o 1º ano de vida e os 10 anos são utilizadas estratégias como a distração, a imaginação guiada e a presença dos pais, de uma forma organizada e sistemática.

No entanto, nos procedimentos aos RNs (quer na vacinação, quer na realização do Teste de *Guthrie*), observei indicadores de presença de dor, nomeadamente choro gritado, agitação motora, contração muscular. Perante esta realidade, intervim no sentido de informar sobre as diversas estratégias não farmacológicas para controlo da dor nesta faixa etária, tais como a contenção, o colo, a sucção não nutritiva, sacarose 24%, a voz dos pais, que podem ser usadas em conjunto para, desta forma, potenciar o efeito de cada uma (DGS, 2013).

A consciencialização de que os RNs têm memória armazenada de dor aguda, (DGS, 2010) são marcos importantes na mudança de atitude de todos os profissionais perante esta temática. São diversos os estudos científicos realizados sobre esta temática que sustentam a interesse da temática em estudo, como por exemplo Hatfield, em 2008, no qual conclui a

importância das estratégias não farmacológicas para diminuir a dor neonatal recorrente das imunizações (Hockenberry, 2014).

Dada a minha experiência profissional, o Teste de *Guthrie* é um procedimento com o qual estou familiarizada, pelo que ao longo da minha prática diária fui aperfeiçoado e adotando diversas estratégias para a sua realização o menos traumática possível, sobretudo através do recurso às estratégias não farmacológicas recomendadas para esta faixa etária. Este facto foi observado e valorizado pela enfermeira orientadora.

Por a solução de sacarose oral a 24% ser um recurso inexistente na UCSP, por restrições orçamentais, procurei promover competências geradoras de boas práticas e conhecimentos (OE, 2009) pelo que, com recurso a bibliografia e estudos efetuados, expus a sua eficácia sobretudo em procedimentos invasivos, tais como o Teste de *Guthrie* e a vacinação (Batalha, 2010), indicações e dosagem de utilização. Visto a enfermeira orientadora ser, por sua vez, a responsável do Centro de Saúde e Vogal de Enfermagem no Agrupamento de Centros de Saúde, esta ficou de expor a necessidade de aquisição deste produto. Dado o curto período de estágio não consigo avaliar a eficácia da atividade.

O modelo conceptual de cuidados centrados na família em que os pais são considerados parte integrante da equipa, é primordial para a construção de competências parentais, pois quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades do seu filho. Através da parceria de cuidados, é importante dotar os pais de capacidades (*empowerment*), estimulando o seu envolvimento nos cuidados e contribuindo para que futuramente sejam menos vulneráveis, adquiram sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar dos filhos. Dotar os pais destes conhecimentos vai, simultaneamente, “potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel” (Cardoso *et al*, 2015, p.12).

Como já referido, na perspectiva holística de cuidado, a família revela-se um parceiro extremamente importante na promoção do conforto, através da prestação de cuidados (Jorge, 2004). Assim, e para dar continuidade ao trabalho efetuado no estágio anterior, e de acordo com a entrevista realizada à enfermeira orientadora, juntamente com os dados colhidos durante as consultas de enfermagem, as avaliações ponderais e as realizações do Teste de *Guthrie*, a temática das cólicas assume uma ponderação significativa. Perante estes resultados, considerei pertinente a realização de um *poster* e folheto informativo (Apêndice 2) com imagens demonstrativas, para estimular os pais a aliviar a dor no seu filho, utilizando a

massagem como estratégia não farmacológica eficaz na promoção do conforto. A causa das cólicas é ainda um mistério, não existindo um consenso internacional entre os investigadores. Estas são uma condição multi-fatorial que causa choro inconsolável nas crianças por longos períodos de tempo, bem como *stress* e ansiedade neles e nos pais (McClure, 2008). A utilidade da massagem está comprovada, mesmo em prematuros, estando particularmente indicada em cólicas do recém-nascido (Batalha, 2010). Para além da sua eficácia para alívio da dor abdominal, promove o conforto, a interação e a promoção do vínculo. Focalizo o contexto do conforto físico que é relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos. As necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco devido a uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor. O enfermeiro ou, neste caso, os pais devem proporcionar um cuidado o menos traumático possível, de forma a manter um adequado desenvolvimento da criança, sendo as intervenções de conforto dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase.

2.3. Internamento de Pediatria: Internamento Unidade de Nefrologia Pediátrica

Este estágio decorreu entre 16 de Novembro a 4 de Dezembro de 2015. Escolhi este local de estágio por ser num Hospital Central e, especificamente, este serviço perspetivando um leque de experiências e situações que irão contribuir para uma aprendizagem sistemática em situações de dor, em crianças e jovens nos quais os procedimentos invasivos são comuns e parte integrante da sua vida. Perante este contexto, ambicionava compreender em que medida as estratégias não farmacológicas para alívio da dor eram aplicadas e a sua eficácia.

Assim, delineei os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidado à criança, ao jovem e família em contexto de hospitalização e hospital de dia.
- Conhecer a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, com especial relevo à prestação de cuidados não traumáticos e às necessidades de conforto da criança, do jovem e família em contexto de hospitalização.
- Compreender as estratégias não farmacológicas no controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros no contato com a criança e o jovem em contexto de hospitalização e Hospital de dia.

O enfermeiro que presta cuidados neste contexto, a par de todos os conhecimentos científicos inerentes à doença crónica e especificamente à doença renal, detém competências,

aptidões e atributos necessários que permitem contribuir com todo o seu potencial, através de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes facilitadoras da adaptação eficaz dos pais à doença e desta forma promover o desenvolvimento e bem-estar da criança.

Assim, neste serviço, os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar trabalham por um lado, em parceria com os pais, facultando-lhes os conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação à doença e prestação de cuidados de forma autónoma. Por outro, regem-se pela filosofia dos CCF, em que é assumido que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Jorge, 2004), pelo que observei que os enfermeiros têm uma forte relação com os pais, o que induz a uma verdadeira relação de parceria, de confiança, existindo negociação, partilha de responsabilidade e de cuidados. Quando esta confiança é estabelecida de uma forma bem sucedida, a criança e família experienciam uma sensação de tranquilidade e transcendência pois conseguem suplantar um pouco o desconforto ou sofrimento, uma vez que estes não podem ser evitados ou erradicados (Kolcaba e DiMarco, 2005, p.188).

A minha intervenção foi sempre no sentido de capacitar a família, criando oportunidades para esta revelar as suas aptidões, mas também adquirir novas competências e conhecimentos, numa atitude permanente de *empowerment*. Realizei uma diversidade de orientações, tendo em conta a oportunidade e as necessidades detetadas.

Durante o estágio, o papel dos pais foi considerado de uma importância inestimável. De acordo com Fernandes (2000), a influência do comportamento dos pais, nomeadamente as manifestações de ansiedade, determina o nível de perceção da dor da criança. Também de acordo com Batalha (2010, p.21), “pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção” da dor. Com base nesta premissa, investi na preparação dos pais para os procedimentos dolorosos, valorizando o seu papel como essencial para o sucesso da intervenção, e concomitantemente diminuindo o *stress* e ansiedade associados a estes momentos. Incentivei os pais a falarem suavemente durante o procedimento e a ficarem próximos da cabeça da criança. Esta ação vai ao encontro da satisfação de necessidades que Kolcaba e DiMarco (2005) referem como necessidades de conforto psico-espiritual, aquelas que permitem à criança e família ultrapassar ou enfrentar de forma tranquila os desconfortos (como sejam procedimentos dolorosos) ou traumas que não podem ser aliviados imediatamente.

Na comunicação com a família, a transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade, muito comuns em situações de hospitalização. Na comunicação com os pais, tratei-os pelo nome desejado, procurei encorajá-los a expor as suas dúvidas e preocupações, não me limitando a colher a informação

considerada relevante para a prática, desenvolvi estratégias de saber ouvir (através da postura corporal, da expressão facial), usei sempre que considerei necessário o silêncio, na procura de uma relação de ajuda e empatia. Procurei ir ao encontro das necessidades de informação da família, adotando uma postura calma, escutando as suas dúvidas, medos e preocupações e utilizando uma linguagem clara e simples.

As competências de comunicação que fui adquirindo nos estágios anteriores, foram uma mais-valia, permitindo uma postura gradualmente mais experiente e confiante na utilização de diferentes estratégias com todas as faixas etárias. Desenvolver uma comunicação eficaz é fundamental para uma relação empática entre a díade e a equipa de saúde para atingir a excelência do cuidar. Como refere Papalia (2001, p. 105) “muitos factores influenciam o processo de comunicação. Para ser bem-sucedida deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza”. Foi gratificante receber um sorriso, conseguir a confiança de um aperto de mão, receber um abraço, ouvir um “obrigada” na despedida...

O facto de ser um serviço sobretudo de doença crónica implica que a díade tenha repetidos e prolongados internamentos, o que faz que muitos dos stressores inerentes à hospitalização estejam já ultrapassados, nomeadamente, medo do desconhecido e confiança na equipa multidisciplinar. Não obstante, os conhecimentos e competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são sempre importantes para minimizar os efeitos de cada hospitalização, devendo ser definidas intervenções que visem diminuir o sofrimento e ansiedade da criança e família, com o objetivo primordial de tornar esta experiência o menos traumática possível e potencializar os seus eventuais efeitos positivos (Barros, 2003). Corroborando, Brazelton (2007) acresce que a hospitalização também pode, com base numa atmosfera carinhosa, proporcionar na criança o desenvolvimento da sua auto-estima e maturidade. Para fundamentar o supramencionado, e como prática sistemática do serviço, promovi o a capacitação e co-responsabilização das crianças e dos jovens no seu processo de saúde-doença, através dos ensinamentos sobre a terapêutica e os sinais de alerta, quando submetidos a transplante, e os cuidados a ter com o cateter de diálise peritoneal.

Na prestação de cuidados, tive em conta o direito primordial da criança, consagrado na Carta da Criança Hospitalizada, de 1988, que diz no IV princípio que “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (OE, 2008, p.6). Com base nesta premissa, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, assegurar que os direitos da criança são respeitados, de forma a promover cuidados de qualidade. Neste sentido, atuei como mediadora e “advogada” da criança na protecção de intervenções invasivas desnecessárias da equipa multidisciplinar (como por exemplo, questionar a

realização de colheitas de sangue não urgentes na noite, sabendo que na manhã vão solicitar novas colheitas devido a doseamentos séricos) e adotei estratégias que minimizaram a dor associada a procedimentos dolorosos, tal como descrito anteriormente. Para tal, teve particular importância o respeito pelas diferentes respostas emocionais ao medo e à dor.

Outra das preocupações no estágio foi a realização de procedimentos dolorosos na sala de tratamentos e nunca no quarto ou na sala de brincadeiras, o que constitui uma estratégia de conforto ambiental, tal como refere Kolcaba e DiMarco (2005). Este facto evidencia o respeito pelo espaço da criança bem como a garantia de privacidade, mas também impede que outras crianças assistam a estes procedimentos, o que irá influenciar também a sua percepção da dor.

Na comunicação com a criança, como no estágio anterior, procurei adequar estratégias verbais e não-verbais à sua idade e ao seu desenvolvimento cognitivo. Desta forma, centrei nela da minha intervenção e, para tal, assumi uma posição de igual para igual (a nível visual), falei calmamente, de forma simples e directa, dei tempo para se ambientar e expressar as suas preocupações e receios, evitei investidas rápidas ou outros gestos que pudessem ser considerados ameaçadores e utilizei, sempre que adequado, a brincadeira como linguagem universal das crianças. O brinquedo foi assim utilizado como instrumento terapêutico na comunicação com a criança de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. Assim, a utilização do jogo, da pintura, da leitura e do teatro traduziram um cuidar mais humanizado à criança e, simultaneamente, percebi a quantidade de informação que podemos obter e tudo aquilo que avaliamos, ao partilhar um momento de brincadeira com uma criança.

Sendo o brincar uma necessidade e um direito das crianças, como está mundialmente reconhecido e referenciado no 7º princípio da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), este assume um papel fundamental na adaptação e integração da criança no ambiente hospitalar. Na perspectiva de Sanders (2014, p. 1041) “brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não pára quando as crianças estão doentes ou quando entram no hospital”.

A adoção de estratégias não farmacológicas, como o brincar terapêutico, tem adquirido extrema importância junto dos enfermeiros aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. O recurso a estas intervenções é importante, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções e, porque modificam o significado da dor para quem a percebe. Juntamente com a

enfermeira orientadora decidi elaborar um *poster* (Apêndice III) sobre esta temática onde são expostos os benefícios mútuos desta estratégia não farmacológica, com a finalidade de dar visibilidade a esta estratégia muito utilizada por toda a equipa.

Destaco concretamente o acompanhamento que fiz a uma criança de 7 anos que tinha sido submetida a transplante renal dois dias antes de iniciar este estágio. Este facto condiciona a criança a um isolamento no quarto, afastada das outras crianças. Dado todo o historial, era uma criança com grande controlo sobre a sua situação clínica, solicitando informação e fazendo escolhas seguras. Nos cuidados prestados utilizei diversas estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para potenciar ao máximo o seu efeito no controlo da dor. Focando-me na minha temática, evidencio a imaginação guiada, a distração, as técnicas de relaxamento, o uso da música, o reforço positivo e o humor e a opção de escolha. Desenvolvi outras atividades, em sintonia tanto com a prática observada no seio da equipa, como com o recomendado como boa prática, isto é: avaliação da dor pelo menos uma vez por turno e reavaliação sempre que necessária e posterior registo em local próprio, estratégias utilizadas para seu controlo (farmacológicas e não farmacológicas e sua eficácia) e seleção do instrumento (diferentes escalas) mais adequado.

Nomeadamente, no que diz respeito ao reconhecimento e gestão da dor, assumi particular importância a utilização de estratégias adequadas à personalidade da criança e cooperação familiar. Particularmente, saliento o uso de fantoches de dedo pela mãe da criança R. durante a colocação de uma sonda de gases.

Em toda a relação que estabeleci com a criança, a honestidade foi um dos aspetos valorizados na comunicação, pelo que fui sempre honesta no objetivo e conteúdo da minha intervenção, sem criar falsas expectativas, esclarecendo por exemplo se o procedimento implicaria dor ou não, de forma a criar uma relação de confiança.

Para finalizar, no seguimento da elaboração do *poster* referido anteriormente, para complementar um *poster* existente no serviço sobre a temática da dor (elaborado pela enfermeira orientadora), decidi, conjuntamente com a mesma, elaborar um outro (Apêndice IV) no qual constam as principais estratégias não farmacológicas que podem ser usadas nas diferentes idades. A correcta seleção, juntamente com a correcta implementação das estratégias, requer domínio e treino das mesmas, pelo que, para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante terem presentes alguns fatores essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital, nomeadamente o ambiente e a manutenção das rotinas diárias.

Dada a minha inexperiência no âmbito de internamento pediátrico, esta experiência revelou-se bastante enriquecedora, e uma mais valia para o meu crescimento enquanto futura EEESCJ. Há que salientar que o facto da enfermeira orientadora ser EEESCJ e estar muito desperta para a temática da dor, e tudo o que ela envolve, foi sem dúvida um ponto de extrema relevância. Permitiu partilha de experiências, reflexões em conjunto sobre os cuidados prestados, adequação das estratégias a utilizar para prestarmos cuidados de qualidade, o menos traumáticos possíveis e com o máximo conforto para a díade. Desta partilha destaco a análise das práticas realizada em conjunto com a enfermeira orientadora, em que o objetivo se fundamentou no lugar do cuidado não traumático na prática diária de cuidados. É da competência dos enfermeiros a construção de um processo de cuidados centrado na pessoa doente de modo a compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta (Colliére, 1989). As práticas de cuidados de enfermagem têm como objeto de ação e/ou transformação o cliente e família, mas o agir não é cego, isto é, no ato está inscrita a intencionalidade, o significado dessa ação que acaba por dar sentido aos procedimentos que se fazem (Boutinet, 1990). Daí a necessidade de questionarmos as nossas práticas, tendo em conta, como refere Rebelo (1997), os três contextos de ação: do sujeito enfermeiro, da ação e o contexto da profissão.

2.4. Cuidados Intensivos Neonatais

Este estágio teve um total de três semanas, entre 7 de Dezembro de 2015 e 8 de Janeiro de 2016, com pausa para férias de Natal. A opção por realizar este estágio deve-se ao facto de considerar pertinente conhecer uma realidade diferente no mesmo contexto de trabalho, que é o de neonatologia. Desta forma, este será um estágio de observação e confronto das práticas dos profissionais de saúde na utilização das estratégias não farmacológicas no controlo da dor no cuidado ao RN.

Os objectivos que defini para esta experiência são os seguintes:

- Conhecer as práticas dos enfermeiros no cuidado ao recém-nascido e família em contexto de UCIN.
- Confrontar as práticas observadas com as do meu contexto diário de prestação de cuidados ao recém-nascido e família com especial incidência para as estratégias não farmacológicas para controlo da dor e promoção do conforto.

A prática é sem dúvida um complemento da teoria. Através da sua conjugação, espera-se cada vez mais um profissional reflexivo, que analisa e reflete sobre o que faz, apoiado em e mobilizando fontes de conhecimento científico. Será esta conduta, que possibilitará ao Enfermeiro Especialista tornar-se uma referência no seio da sua equipa.

No decurso do Estágio pude constatar que o EEESCJ exerce um papel fulcral e efetivo pois presta cuidados de enfermagem ao RN e família adequados às necessidades detetadas, e com elevado nível de qualidade e autonomia, demonstrando responsabilidade na tomada de decisão e um aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialidade. Exemplo é a autonomia que juntamente com a enfermeira orientadora tivemos ao colocar pela primeira vez o RN A. em Método Canguru. Juntas avaliámos e ponderámos a estabilidade hemodinâmica e os benefícios que este posicionamento acarretaria. Para além da autonomia da enfermeira, este cuidado reflete a preocupação que a equipa, na sua generalidade, tem com a promoção do conforto na sua prática diária de cuidados, assim como, simultaneamente, reflete a promoção da vinculação que o EEESCJ exerce na díade. O contacto pele a pele é de grande importância e ajuda na aproximação entre a díade, sendo que o Método Canguru favorece o desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-filho e proporciona maior confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho, diminui o tempo de internamento e promove o desenvolvimento sensório-motor mais adequado (Feliciano, 2007).

Tal como no local anterior, a UCIN respeita a filosofia CCF, em que através de um processo de envolvimento, participação e parceria se desenvolve a capacitação dos pais durante a prestação de cuidados. Este aspeto é crucial para o desenvolvimento da parentalidade dado que “os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a ruptura do seu projecto, da sua ambição (...) sentem-se frustrados e culpabilizados” (Jorge, 2004 p.20). Desta forma, o enfermeiro como profissional mais presente junto da díade é responsável pela integração dos pais nos cuidados ao RN. Esta parceria revelou-se na atitude de estímulo que tive junto dos pais para uma participação ativa na mudança da fralda e a sua participação nos cuidados de higiene, verbalizando sempre expressões de incentivo e de valorização durante a mesma, provida de negociação entre as partes.

Contudo, por vezes o estado clínico do RN não permite aos pais participar nos cuidados diretos, pelo que é de extrema importância que o enfermeiro se mostre disponível para explicar todos os procedimentos a realizar, bem como para escutar os sentimentos que possam expressar face ao momento que estão a viver. Assim, mesmo quando os pais não puderam participar nos cuidados ao seu filho devido à sua instabilidade, mostrei sempre disponibilidade para responder a questões e explicar os motivos de todos os procedimentos

que seriam realizados naquele momento, assim como para ativamente escutar todas as suas preocupações relativas ao estado de saúde do RN. Estes cuidados têm a intencionalidade de manter o conforto social (Kolcaba e DiMarco, 2005).

O facto de o método de trabalho ser o individual, havendo nas diferentes equipas a preocupação de atribuir sempre que possível os mesmos RNs, de modo a garantir continuidade dos cuidados, fortalece também a relação que se estabelece com a díade.

A prestação de cuidados aos RNs esteve sempre presente dada a complexidade e diversidade de experiências existentes neste campo de estágio, sobretudo em RNs grandes prematuros (24 semanas de gestação) que, maioritariamente, por questões monetárias não ficam internados na unidade de neonatologia onde trabalho. Concretamente, nestes grandes prematuros, existem cuidados que carecem de adaptação e outros muito específicos, a ter em conta quando se cuida de um RN com estas semanas de gestação, nomeadamente o posicionamento na primeira semana de vida, humidade na incubadora, mudança da fralda, entre outros. Estes aspetos revelaram-se muito positivos na medida em que contribuíram para a minha formação, ajudando a maximizar saberes que posteriormente foram transmitidos à equipa de enfermagem da qual faço parte, que pelas razões supracitadas não está tão familiarizada. Desta forma, pretendo ser agente facilitador de aprendizagem e referência em contexto de trabalho, contribuindo para a prática especializada e de qualidade.

A UCIN é um local repleto de equipamentos e extremamente rico em tecnologia, onde os RNs de risco contactam com um sem número de estímulos potencialmente agressivos, stressantes e dolorosos que, de acordo com Batalha (2010), são passíveis de lhes provocarem desorganização fisiológica e comportamental. Por esse motivo, e visando o adequado desenvolvimento do RN, é de enorme importância a prestação de cuidados com vista à prevenção desses efeitos nocivos. Sendo o ambiente da UCIN muito diferente do ambiente intra-uterino, o RN prematuro carece de intervenções que, prevenindo e minimizando o seu *stress*, promovam a satisfação das suas necessidades de conforto a nível do contexto ambiental.

Assim, relativamente ao uso de estratégias não farmacológicas, confrontando as práticas observadas com as práticas do meu local de trabalho, concluo que estas são similares, nomeadamente, a redução ao mínimo das manipulações do RN, o posicionamento, o toque tranquilo, a contenção do RN com recurso a materiais específicos como os ninhos, a sucção não nutritiva, a sacarose 24%. Outros estímulos como o ruído, a luz intensa e os restantes equipamentos a que os RNs estão expostos são também minimizados ao máximo, pois

segundo Kolcaba e DiMarco (2005) estes são factores que influenciam o contexto ambiental do conforto.

Estes cuidados incluem sempre a protecção face à luminosidade da UCIN, mantendo as incubadoras cobertas e nunca permitindo que os focos de luz incidissem diretamente sobre a face do RN, a resposta rápida aos alarmes dos monitores e das bombas infusoras, a não colocação de objetos sobre a incubadora e o fecho das portas desta da forma mais suave possível. Além disso, o conversar junto das incubadoras foi evitado ao máximo, sendo que, quando ocorreu, foi feito em tom de voz baixo, de forma a evitar mais um estímulo ambiental a que os RNs pudessem ser expostos. No entanto sobretudo no turno da manhã em que a equipa multidisciplinar é em maior número, com a realização de exames complementares de diagnóstico, estes fatores são difíceis de controlar.

Um aspeto facilitador e benéfico é o facto de, estruturalmente, a UCIN ser composta por boxes individuais em vidro com portas de correr, aumentando significativamente quer a privacidade quer o silêncio.

Perante o acima exposto não senti necessidade de reforçar a importância e os benefícios dos cuidados não traumáticos junto dos pais, pois como constatei é uma filosofia integrante na prática de cuidar da UCIN, no entanto sempre que fiquei responsável por um RN pela primeira vez, junto dos pais, validei e forneci informação sobre as estratégias não farmacológicas que podem promover no cuidado ao seu RN.

Constatei que para a aspiração de secreções na nasofaringe utilizam uma cânula de aspiração que, de acordo com a enfermeira orientadora, é menos traumática para as fossas nasais, provoca menos ferimento e edema das mesmas, dado que não é tão invasiva. Questionei sobre a literatura e se havia algum estudo que o comprovasse, mas até ao fim do estágio não me foi entregue. No entanto, como atestei na prática a sua eficácia, solicitei uma para poder levar para o meu local de trabalho.

Sendo a enfermagem uma profissão com grande componente técnica e científica, nós, enfermeiros, temos de estar motivados e com uma mente aberta para a aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações.

Devido a esta evolução permanente torna-se imperioso um acompanhamento contínuo e uma atitude permanente de reflexão e interrogação sobre as práticas por parte dos profissionais de enfermagem e uma consequente abertura para aprender e desenvolver as suas competências, onde a formação apresenta um papel primordial.

A prática reflexiva envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação, e a reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1992), sendo esta prática o principal alicerce para uma construção sólida de saberes que fundamenta o agir profissional.

2.5. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

O último estágio decorreu de 11 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2016, e esteve inserido no meu local de trabalho. O Hospital assume a *qualidade* como valor fundamental e está empenhado em garantir a sua melhoria contínua. Neste sentido, em cada serviço, são definidos e avaliados os níveis de qualidade da prestação de cuidados e avaliada a satisfação dos clientes através de mecanismos específicos, nomeadamente através de auditorias aos cuidados de enfermagem e questionários de satisfação aos clientes.

Neste estágio, que é o culminar de todo um crescente de competências, sendo inserido no meu contexto de trabalho, almejei contribuir de forma efetiva e positiva para um cuidar terapêutico da equipa multidisciplinar da qual faço parte integrante, sensível à problemática do projeto previamente delineado.

Como ponto de partida foi necessário identificar as necessidades dos enfermeiros relativamente às estratégias não farmacológicas para controlo da dor e promoção do conforto no cuidado ao RN e família em contexto neonatal. Para tal utilizei a escuta activa como método de colheita de dados, sendo que, segundo Phaneuf (2005, p.157), a escuta activa "... é um método de condução de entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio de questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos". Após a análise dos dados recolhidos concluo que a equipa apresenta conhecimentos sobre a temática, está sensível à mesma, no entanto necessita de orientações que sistematizem e norteiem a sua prática diária.

Posto isto defini como objetivo: Desenvolver competências de EEESCJ na formação da equipa de enfermagem com especial incidência nas estratégias não farmacológicas para controlo da dor e promoção do conforto no cuidado ao RN e família em contexto neonatal.

Desta análise, juntamente com a enfermeira orientadora EESCJ decidimos apostar na formação dos pares, incidindo mais especificamente nos pares em integração.

Numa primeira fase comecei por rever a instrução de trabalho existente no serviço sobre a administração de sacarose (Apêndice V). Esta revisão foi baseada nas Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RNs (0 a 28 dias) da DGS. A sacarose a 24%, utilizada durante a

punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão, tem levado a verificar-se a expressão facial de tranquilidade no RN e ou diminuição do tempo de choro. Esta ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinocicetivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce.

Neste seguimento, elaborei uma nova instrução de trabalho (Apêndice VI), onde agrego as diferentes estratégias não farmacológicas no controlo da dor durante a prestação de cuidados em contexto neonatal. Pretende-se que esta instrução seja um documento para orientar e uniformizar a atuação dos enfermeiros e garantir maior efetividade à sua intervenção, promovendo cuidados especializados e máxima qualidade. Para concretizar esta instrução, mais uma vez, me fundamentei nas orientações antes referidas e no Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

Para dar continuidade e visibilidade ao trabalho realizado, estruturei uma ação de formação informal para ser realizada em várias passagens de turno. Estas formações serviram para apresentar as novas instruções de trabalho e para debater a importância dos cuidados não traumáticos. Estas sessões foram bem recebidas pela equipa tendo um *feedback* positivo.

É através da integração que o indivíduo aprende o sistema de valores, as normas e os padrões de comportamento requeridos pela organização (Chiavenato, 2001), levando a uma mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências. A integração do novo enfermeiro é indispensável, quer no que respeita à gestão de recursos humanos, quer na promoção de uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Assim, e dadas as circunstâncias de integração de novos elementos na equipa, sobretudo na valência do puerpério disponibilizei-me para, sempre que possível, colaborar na prestação de cuidados durante os cuidados de higiene aos RNs. Escolhi especialmente este momento, pois coincide com a administração das vacinas e a realização do Teste de *Guthrie*. Estas intervenções, pela dor que provocam, são potencialmente geradores de *stress* e desconforto, quer no RN, quer nos pais. A minha intervenção incidiu na sensibilização da importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor e na informação sobre as diversas estratégias nesta faixa etária.

Todo o trabalho desenvolvido está de acordo com o preconizado pela OE, em que a atuação do enfermeiro especialista “inclui competências de prestação de cuidados especializados, cognitivas, de integração e técnicas do enfermeiro qualificado para colocar em prática actos, procedimentos, protocolos e linhas de orientação ética e culturalmente seguros” (2009, p. 18).

Na prestação de cuidados na UCERN, são diversos os procedimentos dolorosos, nomeadamente as punções venosas, colheitas de sangue, punções capilares para gasimetrias, aspiração de secreções, colocação de sondas. No entanto, existem outros procedimentos que, não sendo propriamente dolorosos, podem ser desconfortáveis fisicamente, tais como o banho, a mudança da fralda e o toque. O facto de a equipa ser pequena e a taxa de ocupação na unidade rondar os 40%, rapidamente e com o apoio da enfermeira orientadora, comprovo que maioritariamente os enfermeiros cuidam segundo a filosofia dos cuidados não traumáticos e nos CCF, tal como preconizado pela OE e pela instituição.

Para concluir o que desenvolvi, e como forma de o sistematizar, preparei uma ação de formação programada para todos os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar sobre a temática da dor em contexto neonatal. Nesta formação foi abordada a temática da dor em pediatria e a filosofia dos cuidados não traumáticos, os instrumentos de avaliação preconizados pela instituição e as diferentes estratégias não farmacológicas para controlo da dor em RNs. A formação foi realizada na Biblioteca do Hospital e teve uma adesão de 80%. Da análise efetuada aos questionários constato que 100% achou a temática pertinente com influência direta na sua prestação de cuidados (Apêndice VII).

Toda a informação pertinente ficará disponível num dossiê temático de fácil acesso e consulta.

A Enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. É socialmente construída e coletivamente concretizada (Benner, 2001). Segundo a autora supracitada, só é possível tornarmo-nos peritos numa determinada área depois de a experienciarmos mas, concomitantemente tem que ser uma experiência assente na reflexão sobre a prática. " (...) a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática" (*ibid*, p.14).

A realização deste estágio que decorreu no meu contexto de trabalho foi bastante enriquecedor e produtivo pois não só permitiu identificar as necessidades e potencialidades da unidade, mas também me possibilitou desenvolver competências no seio da equipa multidisciplinar, como referente na área do conforto do RN e família, o que é fundamental para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2009).

3. COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS

Todas as atividades descritas no capítulo anterior tiveram como objetivo a aquisição ou o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem para obter o grau de mestre e vir a poder requerer o título de enfermeira especialista, possibilitando assim prestar cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situações de um maior nível de complexidade.

Segundo a OE (2003) competência é " um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional". Por outro lado, Mendonça (2009) reforça que a competência não é apenas o resultado do conhecimento adquirido mas um processo dinâmico adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos.

Para Benner (1995), a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, contendo vários níveis. Na mesma linha de pensamento, a autora, em 2001, acrescenta a importância da diferenciação de competências, assumindo a prática como algo potenciador do conhecimento, sendo exigível aos profissionais motivação e competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando, assim, capacidade de resposta a situações vastas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as suas práticas. E foi com base nesta linha de pensamento que percorri os diferentes contextos da prática.

No processo de aquisição de competências, a reflexão na ação tem um papel determinante, devido à mobilização de saberes e à reorganização do pensamento e ação, que resultam das interações num meio em constante mudança, e da capacidade de adaptação, da autonomia e responsabilidade. A transformação pessoal decorre do caminho que é percorrido ao longo desta reflexão (Soveral, 1996; Benner, 2001).

É assim um processo construtivo que leva à procura de ações e atitudes, bem como à emissão de juízos após reflexão, é a diferença entre fazer por fazer e saber como se deve fazer utilizando conhecimento científico.

O Enfermeiro Especialista inserido na sua área de atuação procura, para além das atividades de interdependência com os outros técnicos, desenvolver um papel autónomo resultando na tomada de decisão pensada e reflectida na sua área de especialização.

A OE (2010, p.3) define como critérios para a aquisição do grau de EEESCJ o desenvolvimento de competências comuns, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; e de competências específicas, as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

No capítulo anterior através de uma análise crítico-reflexiva, descrevi algumas das experiências que contribuíram para o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. No entanto, há que ressaltar que estas não foram adquiridas nem desenvolvidas isoladamente, ou seja, todas se interligam para chegar ao todo, que se pretende que seja uma prestação de cuidados de excelência ao cliente pediátrico.

Existem competências, devido à sua abrangência, que foram adquiridas transversalmente a todos os contextos de estágio, nomeadamente:

Competências Transversais
<p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p>

Competências Transversais de acordo com a temática
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p> <p>E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.</p> <p>E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.</p>

Outras competências, devido às suas especificidades, oportunidade de experiências, foram adquiridas e desenvolvidas de uma forma mais evidente em terminados contextos, como seguidamente apresento a baixo:

SUP	CS	Internamento	UCIN
<p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p>	<p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados</p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.</p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infante -juvenil</p> <p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p>	<p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p>	<p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais</p> <p>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo.</p> <p>E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados, mas sobretudo uma reflexão acerca da aprendizagem que resultou dessa experiência.

Foi intenção deste relatório proporcionar uma visão o mais fiel possível da experiência formativa que vivi ao longo destas semanas de estágio, bem como relatar a intencionalidade das atividades desenvolvidas. Construí uma panóplia de reflexões sobre várias realidades e práticas, motivadoras de mudanças positivas e evolutivas, incidindo nos momentos mais marcantes e potenciadores de aprendizagem.

A temática escolhida baseou-se numa preocupação constante que norteia a minha prática, mas também foi vivida como a oportunidade de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa na qual estou inserida.

A Teoria de Conforto de Kolcaba contribuiu para explicitar a minha conceção de enfermagem, para orientar as minhas atividades e atingir os meus objetivos, ajudando a refletir sobre os processos de tomada de decisão.

Os cuidados de enfermagem, tal como preconizado pela OE são norteados pela filosofia dos CCF e nos cuidados não traumáticos, no entanto na nossa prática diária somos confrontados com a necessidade de realizar procedimentos dolorosos, ou potencialmente desconfortáveis. Estas experiências precoces e repetidas no período neonatal, como já antes referido, parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no concerne à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010). Assim, uma correta intervenção do enfermeiro no controlo da dor, através de intervenções autónomas, como as estratégias não farmacológicas, ajuda o RN e família a manter o equilíbrio e homeostasia tal como refere Kolcaba.

A dor foi e será sempre um foco especial da minha atenção, na medida em que considero que somos profissionais privilegiados na avaliação e controlo sistemático da mesma. Temos o dever moral e ético de intervir como advogados do RN, da criança e do jovem para que os seus direitos sejam respeitados e estes sejam alvo de cuidados especializados, na valorização de todos os tipos e intensidades de dor e na adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo.

No decorrer de todo o Estágio realizado, foi possível implementar estratégias não farmacológicas para controlo da dor, promovendo o conforto da díade em todos os contextos

em que este se desenvolve (físico, sociocultural, psico-espiritual e ambiental), revelando-se o conforto um aliado imprescindível à prestação de cuidados holísticos, com vista à prevenção e minimização da dor provocada por práticas necessárias à manutenção e recuperação da sua saúde, como é o caso de procedimentos invasivos a que é sujeita.

Para além da aquisição de competências, as experiências adquiridas nos diferentes contextos da prática permitiram obter uma noção mais concreta de como o EEESCJ deve gerir a equipa na prestação dos cuidados, assumindo o papel de líder, pois deverá ser o elemento mais capaz de tomar decisões céleres e fundamentadas, adequando-se às diferentes situações.

No que concerne a dificuldades sentidas durante este percurso formativo, os principais obstáculos que se levantaram à concretização dos objetivos delineados residiram no difícil equilíbrio entre a carga horária laboral e o tempo necessário para o trabalho a desenvolver no âmbito dos diferentes Estágios. Porém, com grande esforço realizado a esse nível, esses obstáculos foram gradualmente ultrapassados, quer pelo prazer em investir na prática, quer pelo prazer relacionado com o momento formativo em que esta fase prática consistiu.

Porque todas as intervenções realizadas tiveram na sua génese uma reflexão crítica e fundamentada da área temática, considera-se que o trabalho desenvolvido neste Estágio foi próprio das características do EEESCJ e salienta-se como principal aquisição deste percurso formativo essa mesma reflexão que, a partir de então, passou a ser uma constante a nível profissional e, como tal, levou à integração de um saber acrescido e especializado.

Futuramente pretendo prosseguir com a minha vida académica e continuar a investir na minha formação profissional, reconhecendo que o saber nos transforma e nos pode tornar melhores, mais conscientes, sempre com vista à excelência do cuidar em enfermagem, a ser cada vez mais competente e autónoma, centrada em lógicas conceptuais que se concretizam nas relações que estabelecer no seio da equipa multidisciplinar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Americana de Pediatria. (2001). *Sociedade Americana da Dor*. Avaliação e terapêutica da dor em lactentes, crianças e adolescentes. *Pediatrics* (Ed. Portuguesa.), 9: p. 463-467.
- Anand, S. (2001) *International Evidence-Based Group for Neonatal*. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 155 (2):173-80.
- Anand, K., Stevens, B., McGrath, P. (2007). *Pain in neonates and infants* (3ª ed). Toronto: Elsevier.
- Batalha, L. (2010) - *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Barros, Luísa (2003), *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores,. ISBN 972-796-081-2.
- Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Carvalho, A.; Begnis, J. – Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**. [Em linha]. 11:1 (Jan./Abr. 2006) 109-117 [Consult. 3 Março 2009]. Disponível em: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>. ISSN1413-7372
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Coelho, Mário; Casimiro, Ana *et al.* (1996). *Urgências Pediátricas e Casuística do Hospital de Dona Estefânia*. Lisboa: Edições ASA, S.A.

- Christoffel MM; Cunha JM; Santanna ASF Garcia RR. (2009). Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. *REME — Ver Mineira Enferm*;13(3):321-6
- DeMore, M., & Cohen, L. L. (2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4), 281–291. doi:10.1007/s10880-005-7813-1
- Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: *A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde. (2010a). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).
- Direção-Geral de Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa (Orientação n.º22/2012).
- Direção-Geral de Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa (Orientação n.º24/2012).
- Dowd, T.(2004). Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de enfermagem e sua obra* (pp.481-495). Lisboa: Lusociência (original publicado inglês 2002).
- Feliciano, Fatima (2007). *Metodo Canguru, o prosseguir da Vinculacao pais- bebe prematuro*. 1a Edicao. Coimbra: Almedina.
- Fonseca *et.al.* (2006). *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança,. ISBN: 978-972-8003-26-5.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- International Council of Nurses. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE versão 2, Geneve ICN, (tradução portuguesa).
- Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K., DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31, (3), 187-194.
- Kolcaba, K. (2010). The confort line. Acedido a: 20 de Março de 2015, Disponível em: http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html.
- Linhares, M, Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2):307-325.
- Lopes, Noémia (1995). Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, Out. / Dez., 34-39.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Conselho de enfermagem - Guia Orientador de Boa Prática - DOR. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série 1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista Regulamento nº 122/2011. D.R. 2a Série. N.o35 (2011-02-18) 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.
- Pacheco, S. (2004). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética (2ª ed). Loures: Lusociência.

Papalia, *et al.* (2001). O mundo da criança. 8ª Edição. Lisboa: Editora MC Graw-Hill de Portugal, Lda.

Pedro *et. al.* – O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. [Em linha]. 15:2 (Mar/Abr 2007). 290-297 [Consult. 22 Abril 2009]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf. ISSN 0104-1169

Pimenta, C; Andrucioi. (2000) Controle da Dor no Domicílio. *Manual de Enfermagem* 168-184 Acedido em 6-03-2015, Disponível em:[http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle da Dor no Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2](http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2).

Rebello, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1 (0), 3-4

Soveral, Maria Manuela (1996). O sujeito em formação: o desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da relação pedagógica, Lisboa.

Schön, D. (1992). *Formar professores como profissionais reflexivos*. Lisboa: Dom Quixote.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência,. ISBN: 978-972-8930-70-7.

ANEXOS

ANEXO I: Escalas de Avaliação de Dor

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

Parâmetro	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	–
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	–
Braços	Relaxados	Flexão ou extensão	–
Pernas	Relaxadas	Flexão ou extensão	–
Estado de alerta	Dormindo ou calmo	Desconfortável	–
Define-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 4			

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

Parâmetro	Pontuação – definição
Atividade facial	0 – relaxada 1 – testa ou lábios franzidos, alterações transitórias da boca 2 – caretas frequentes 3 – mímica de choro ou total ausência da mímica
Movimento corporal	0 – relaxado 1 – agitação transitória; geralmente quieto 2 – agitação frequente, mas é possível acalmar 3 – agitação persistente, hipertonia de membros superiores e inferiores
Qualidade do sono	0 – dorme com facilidade 1 – dorme com dificuldade 2 – cochilos curtos e agitados 3 – não dorme
Contato com enfermagem	0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora à mínima manipulação 3 – não há contato, geme à manipulação
Consolabilidade	0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade 3 – não acalma, suga desesperadamente
Define-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 7	

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*)

Tabela 1 - Escala PIPP para avaliação de dor em recém-nascidos

	Indicadores	0	1	2	3
Observar RN por 15 seg.	IG (sem.)	≈ 36 sem	32 - 35 6/7	28 - 31 6/7	< 28
	Estado de alerta	Ativo	Quieto	Ativo	Quieto
	Estado de alerta	Acordado	Acordado	Dormindo	Dormindo
Anotar FC/SPO2 basais	Estado de alerta	Olho aberto	Olho aberto	Olho aberto	Olho aberto
		movimentos faciais +	sem mímica facial	movimentos faciais +	sem mímica facial
Observar RN por 30 seg.	FC Máxima	0 - 4 bpm	5 - 14 bpm	15 - 24 bpm	> 25 bpm
	SpO ² Mínima	0 - 2,4 %	2,5 - 4,9 %	5,0 - 7,4 %	> 7,5 %
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Sulco nasolabial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale
Relación conductual-fisiológico

Assessment Criteria	Sedation		Sedation/Pain 0/0	Pain / Agitation	
	-2	-1		1	2
Crying Irritability	No cry with painful stimuli	Moans or cries minimally with painful stimuli	No sedation/ No pain signs	Irritable or crying at intervals Consolable	High-pitched or silent-continuous cry Inconsolable
Behavior State	No arousal to any stimuli No spontaneous movement	Arouses minimally to stimuli Little spontaneous movement	No sedation/ No pain signs	Restless, squirming Awakens frequently	Arching, kicking Constantly awake or Arouses minimally / no movement (not sedated)
Facial Expression	Mouth is lax No expression	Minimal expression with stimuli	No sedation/ No pain signs	Any pain expression intermittent	Any pain expression continual
Extremities Tone	No grasp reflex Flaccid tone	Weak grasp reflex ~ muscle tone	No sedation/ No pain signs	Intermittent clenched toes, fists or finger splay Body is not tense	Continual clenched toes, fists, or finger splay Body is tense
Vital Signs HR, RR, BP, SaO ₂	No variability with stimuli Hypoventilation or apnea	< 10% variability from baseline with stimuli	No sedation/ No pain signs	- 10-20% from baseline SaO ₂ 76-85% with stimulation – quick -	- > 20% from baseline SaO ₂ £ 75% with stimulation – slow - Out of sync/fighting vent

APÊNDICES

**APÊNDICE I: Pais: Parceiros no Controle da Dor no
SUP**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Urgência Pediátrica

Pais: parceiros no controlo da dor no SUP



Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Lisboa

Outubro de 2015

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Urgência Pediátrica

Pais: parceiros no controlo da dor no SUP



Docente:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

EEESCJ Irina

Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Lisboa

Outubro de 2015

A **dor pediátrica** é um fenómeno multidimensional e complexo. A DGS, em 2003, refere que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)” e 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 efectiva humanização das Unidades de Saúde” (p.1). Constitui, desta forma, uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde.

A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que, para poderem ser promovidas, têm de ter a dor como “alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de actividade como um outro sinal vital” (Batalha, 2010, p.14).

A OE em 2010, considera, como já dito, que **o controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática**, tornando-se imprescindível avaliar, intervir e registar a intensidade da dor (OE, 2013). Corroborando desta filosofia de cuidados, a DGS preconiza, também desde 2010, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, como norma de boa prática. Torna-se pois, fulcral definir normas que padronizem a nossa atuação com a finalidade de adequar e intervir junto das crianças da forma mais adequada.

A prevenção da dor é importante, não somente devido aos aspectos éticos, mas também porque, evidências científicas (Anand, 2001) sugerem que a exposição repetida e prolongada à dor pode alterar o desenvolvimento do cérebro e, conseqüentemente, o comportamento da criança e do adolescente a longo prazo. Associadamente, as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010a), como diz Batalha (2010, p.18) “nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentavam mais dor, mesmo quando eram empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”.

Cuidar é o foco da enfermagem, no entanto, ainda se verifica que maioritariamente, os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, apesar de actualmente se valorizar o cuidado de enfermagem à criança e família de uma forma não traumática.

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EEESCJ, deverá desempenhar um papel activo, na escolha das metodologias mais adequadas perante o *stress* e a dor, particularmente úteis em situações como a realização de procedimentos invasivos. Pretende-se que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação do RN e família, como também o promotor de uma resposta de elevado grau e adequação às suas necessidades, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento.

Em parceria com os pais, é fulcral reconhecer a individualidade da dor na criança ou jovem e a sua variabilidade, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, com a finalidade de avaliar e interpretar o estado emocional de forma a intervir corretamente.

A adoção de **estratégias não farmacológicas** tem adquirido extrema importância junto dos enfermeiros aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. O recurso a estas intervenções é importante, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções e, porque modificam o significado da dor para quem a percebe.

De acordo com a DGS (2013), as estratégias não farmacológicas podem classificar-se conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, ou seja, comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.

A correcta selecção, juntamente com a correcta implementação das estratégias, requer domínio e treino das mesmas, pelo que, para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante terem presente alguns fatores essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital.

As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor e as mais adequadas a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento são diversas, pelo que cabe ao enfermeiro orientar os seus cuidados para as necessidades do mesmo, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade,

reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

É impreterível que os enfermeiros, tendo o EEESCJ um papel de destaque como elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar, realizem formação e estejam despertos para o uso eficaz das medidas não farmacológicas para controlo da dor neonatal. Em consonância, é fundamental que incentivem e promovam a presença dos pais no sentido de estes serem uma variável importante na eficácia destas estratégias.

Nesta perspectiva, após a identificação das necessidades da equipa de enfermagem tendo em conta a importância dos cuidados não traumáticos, através da entrevista informal à orientadora do ensino clínico e os pares peritos na área, constato que a equipa de enfermagem já está sensível a esta problemática, pelo que delineei uma forma de sensibilizar os familiares ou cuidadores da criança e jovem, para a importância e benefícios da utilização de estratégias não farmacológicas.

A filosofia subjacente ao **cuidar em Pediatria**, advoga que não basta tratar a pessoa na sua dimensão biológica, mas que a pessoa deve ser vista como um todo, contribuindo com esta visão para o seu crescimento e desenvolvimento integral e harmonioso, o que implica a integração da família na equipa de saúde. A criança e a família formam uma unidade, com necessidades de cuidado específicas mas convergentes para um mesmo objetivo, ou seja, cuidar efetivamente do doente, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo o seu conforto em todos os contextos da experiência humana. Nesta perspetiva holística de cuidado, a família revelou-se um parceiro extremamente importante na promoção do conforto, através da prestação de cuidados ao doente. E fomos evoluindo até uma prestação de **cuidados centrados na família** (CCF) (Jorge, 2004).

A OE (2010a) considera que o EEESCJ utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Representa uma nova filosofia da enfermagem pediátrica e é o corolário do esforço feito para humanizar os serviços de internamento de crianças e jovens. O envolvimento dos pais no cuidar, constitui para ambos uma oportunidade para enfrentar os momentos difíceis de separação e dor que a doença e a hospitalização acarretam para a família. Esta participação emerge da dinâmica relação que os enfermeiros são capazes de estabelecer com os familiares e com a criança doente.

O enfermeiro tem de ser “perito” nesta matéria, de forma a conseguir encontrar estratégias que dinamizem a inclusão da família na equipa de saúde, para a obtenção dos melhores resultados possíveis no tratamento e manutenção do bem-estar da criança ou jovem. De acordo com Pimenta (2000), estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento. Corroborando, a OE (2013, p.18) refere que

“a presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor”.

Assim, para dar visibilidade estruturei um poster (Apêndice 1) e um folheto informativo (Apêndice 2), onde exponho as estratégias não farmacológicas que podem ser aplicadas pelos pais e cuidadores à criança e ao jovem, consoante a sua faixa etária e estadio de desenvolvimento. Estas vão ser um meio de comunicação e transmissão de informação para que, os familiares e cuidadores, captem toda a informação relevante e fundamental, relativamente à temática e consigam aplicar os cuidados apresentados. O poster será colocado na sala de espera do serviço de urgência para que todos tenham acesso fácil e os folhetos entregues pela enfermeira durante o processo de triagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S. (2001) *International Evidence-Based Group for Neonatal*. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. Arch Pediatr Adolesc Med; 155 (2):173-80.
- Batalha, L. (2010) - Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica. 2.a edição. Lisboa: Climepsi.
- Brazelton, T. (2007). O Grande Livro da Criança. 10ª ed.. Lisboa: Editorial Presença.
- Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.
- Direcção-Geral de Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).
- Gouin, S., J. Gravel, et al. (2005). "Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED." Am J Emerg Med 23(3): 243-247.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (pp. 1–5). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE*

Sanders, Jennifer (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização . In Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1025-1060 Vol II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas,Lda.

APÊNDICE 1: *Poster*

Pais: parceiros no controlo dor

Sabia que ...

A criança, o jovem e a família formam uma unidade. A família é um parceiro importante na promoção do conforto, através da prestação de cuidados ao doente. A inclusão da família ou cuidadores e o uso de medidas para prevenir a dor e o stress da hospitalização, contribuem para uma melhor qualidade de vida (Christoffel, et al, 2009).

As **estratégias não farmacológicas** no controlo da dor, funcionam como um importante recurso para a sua prevenção e o seu alívio. Estas técnicas são na sua maioria de **baixo custo** e de **fácil aplicação**, podendo ser ensinadas aos familiares e cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento (Pimenta, 2000)

O **cuidado não traumático** incide sobre a prestação de cuidados sem dor física, emocional e social e, tem como "objectivo primordial não causar dano" (Hockenberry & Barrera, 2014 p.12).



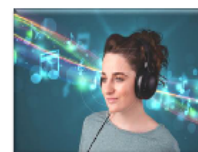
- Falar em voz baixa
- sucção não nutritiva – chucha
- Amamentar
- Embalar, colinho
- Contenção com manta



- Estar presente durante os procedimentos
- Não fazer ameaças com "picas"
- Contar uma história - distração
- Dar brinquedo favorito
- Dar reforço positivo



- Estar presente durante os procedimentos
- Dar opção de escolha e ouvir os medos
- Jogo favorito - distração
- Dar reforço positivo



- Respeitar a sua privacidade
- Não infantilizar
- Dar reforço positivo
- Ouvir musica

São várias as intervenções não farmacológicas, por isso ajude-nos a encontrar a mais adequada à sua criança, ou jovem

Referências Bibliográficas: Christoffel MM; Cunha JM; Santana ASF Garcia RR. (2009). Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. REME — Ver Mineira Enferm;13(3):321-6; Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.; Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE; Pimenta, C; Andruccioli. (2000) Controlo da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem 168-184 Acedido em 6-03-2015, Disponível em: <http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle da Dor no Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2>.

6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Autor: Pereira, Sofia.

APÊNDICE 2: Folheto

Sabia que ...

A criança, o jovem e a família formam uma unidade.

A família é um parceiro importante na promoção do conforto, através da prestação de cuidados ao doente.

A inclusão da família ou cuidadores e o uso de medidas para prevenir a dor e o stress da hospitalização, contribuem para uma melhor qualidade de vida (Christoffel, et al, 2009).

As estratégias não farmacológicas no controlo da dor, funcionam como um importante recurso para a sua prevenção e o seu alívio.

Estas técnicas são na sua maioria de **baixo custo** e de **fácil aplicação**, podendo ser ensinadas aos familiares e cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento



- Falar em voz baixa
- sucção não nutritiva – chucha
- Amamentar
- Embalar, colinho
- Contenção com manta



- Estar presente durante os procedimentos
- Dar opção de escolha e ouvir os medos
- Jogo favorito - distração
- Dar reforço positivo

COMO AJUDAR

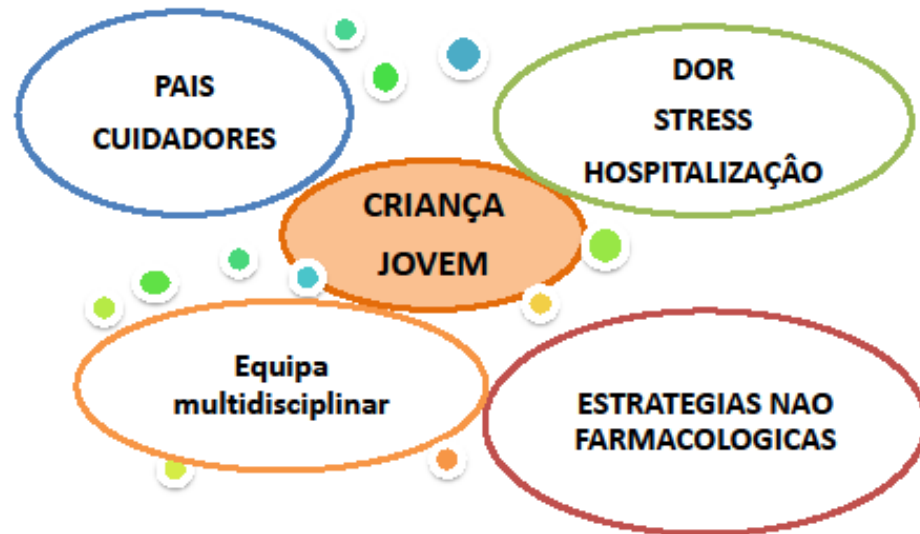


- Estar presente durante os procedimentos
- Não fazer ameaças com "picas"
- Contar uma história - distração
- Dar brinquedo favorito
- Dar reforço positivo



- Respeitar a sua privacidade
- Não infantilizar
- Dar reforço positivo
- Ouvir música

São várias as intervenções não farmacológicas, por isso ajude-nos a encontrar a mais adequada à sua criança, ou jovem



Pais: parceiros no controlo da dor



UC Estágio com Relatório: Ensino Clínico de Urgência Pediátrica

6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Autor: Pereira, Sofia.

Referências Bibliográficas: Christoffel MM; Cunha JM; Santana ASF Garcia RR. (2009). Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. REME — Ver Mineira Enferm;13(3):321-6; Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.; Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE; Pimenta, C; Andrucioi. (2000) Controlo da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem 168-184 Acedido em 6-03-2015, Disponível em:[http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle da Dor no Domicílio.pdf?cidReq=SEMIO2](http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle%20da%20Dor%20no%20Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2)

APÊNDICE II: Pais: Parceiros no Controle da Dor

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clinico de Centro de Saúde

Pais: parceiros no controlo da dor



Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Centro de Saúde

Pais: parceiros no controlo da dor



Docente:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

EEESCJ Ana Cristina Maia

Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Lisboa

novembro de 2015

Para dar continuidade ao trabalho desenvolvido no estágio desenvolvido em contexto de urgência, e após diagnóstico da situação na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) o meu alvo é mais uma vez os pais como parceiros fundamentais no controlo da dor.

A OE (2010a) considera que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Representa uma nova filosofia da enfermagem pediátrica e é o corolário do esforço feito para humanizar os serviços de internamento de crianças e jovens.

O enfoque no papel parental é, nos dias de hoje, indissociado de uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria de Excelência, sustentada em modelos teóricos, evidência científica e documentos norteadores da profissão, que demonstram a importância dos pais como principais cuidadores da criança. A sua capacitação para este papel enquadra-se nas competências do EEESCJ, em que “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, (...) e “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (OE, 2010, p.3).

O modelo conceptual de cuidados centrados na família em que os pais são considerados parte integrante da equipa, é primordial para a construção de competências parentais, pois quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades do seu filho. Através da parceria de cuidados, é importante dotar os pais de capacidades (**empowerment**), estimulando o seu envolvimento nos cuidados, contribuindo para que futuramente sejam menos vulneráveis, adquiram sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar. Ao dotar os pais destes conhecimentos, vai simultaneamente “potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel” (Cardoso, et al, 2015).

Na perspetiva holística de cuidado, a família revelou-se um parceiro extremamente importante na promoção do conforto, através da prestação de cuidados (Jorge, 2004).

Assim, e de acordo com a entrevista realizada à Enfermeira orientadora, juntamente com os dados colhidos durante as consultas de enfermagem, as avaliações ponderais e as realizações do Teste de *Guthrie*, a temática das cólicas assume uma ponderação significativa. Perante estes resultados, considerei pertinente a realização de um poster e folheto informativo com imagens demonstrativas, para estimular os pais a aliviar a dor no seu filho, utilizando esta **estratégia não farmacológica eficaz na promoção do conforto**. De acordo com Pimenta (2000), estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento.

A causa das cólicas é ainda um mistério, não existindo um consenso internacional entre investigadores. Estas são uma condição multi-fatorial que causa choro inconsolável nos bebés por longos períodos de tempo, bem como stress e ansiedade neles e nos pais (McClure, 2008).

As prováveis causas são:

- a alimentação demasiado rápida;
- comer demais;
- engolir ar em excesso;
- técnica de alimentação inadequada;
- stress emocional entre pais e criança.

É mais comum em crianças com idade inferior a 3 meses e na maioria dos casos resolve-se com o amadurecimento da criança (Wilson, 2014).

A utilidade da massagem está comprovada, mesmo em prematuros, estando particularmente indicada em cólicas do recém-nascido (Batalha, 2010). Para além da sua eficácia para alívio da dor abdominal, promove o conforto, interacção e promoção do vínculo. Corroborando, McClure (2008), refere que os benefícios da massagem são inúmeros, entre os quais:

- Estimulação do desenvolvimento e linguagem; melhoria das capacidades de aprendizagem; desenvolvimento muscular; estimula diversos sistemas do organismo (circulatório, hormonal, imunitário, entre outros);

- Alívio nas cólicas, obstipação, dor abdominal, tensão muscular, sistema nervoso;
- Relaxamento, melhora padrões de sono aumenta mecanismos de *coping*;
- Promove a interação com os pais.

O **conforto** encontra-se desde sempre como componente essencial da enfermagem, constituindo um tema de grande relevância para a disciplina, pela perspectiva de missão, de proficiência profissional ou resultado (Dowd, 2004). Conforto é algo subjetivo podendo ser definido e ter significações diferentes mediante os contextos, cultura ou pessoa. Na CIPE – Versão 2 define-se como “Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (*International Council of Nurses*, 2011, p.48).

Especificamente, e enquadrando com a temática do projecto, neste contexto, focalizo o contexto do conforto físico que é relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos. As necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco devido a uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor. O enfermeiro, ou neste caso os pais, devem proporcionar um cuidado o menos traumático possível, de forma a manter um adequado desenvolvimento da criança, sendo as intervenções de conforto dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase.

Os poucos estudos que analisaram as consequências a curto e longo prazo, das experiências dolorosas ocorridas no período neonatal verificaram que estímulos nocivos repetitivos aplicados ao bebé, sendo os procedimentos não dolorosos percebidos como dor pelo recém-nascido, desencadeiam respostas de stress, uma generalização da hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em crianças na idade pré-escolar (Batalha, 2010).

Apesar de haver avanços científicos na área de dor em pediatria, estudos mostram lacunas na transferência de conhecimentos para a prática clínica, o que compromete a qualidade dos cuidados a recém-nascidos, crianças e adolescentes no que se refere à avaliação e intervenção adequada da dor (Linhares & Doca, 2010). Assim, as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que concerne à forma de lidar com o *stress* (Direcção Geral de Saúde (DGS) 2010a). É baseada nesta fundamentação científica

e fruto de uma necessidade própria em querer proporcionar **conforto** e prestar cuidados de excelência ao RN e família, que pretendo desenvolver esta aquisição de competências como futura EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010) - Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel.

Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.

Direcção-Geral de Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).

Dowd, T.(2004). Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de enfermagem e sua obra* (pp.481-495). Lisboa: Lusociência (original publicado inglês 2002).

International Council of Nurses. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE versão 2, Geneve ICN, (tradução portuguesa)

Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.

Leboyer, F. Shantala, (1995). Massagem para bebês: uma arte tradicional. São Paulo: Ground.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (pp. 1–5). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE*

Pimenta, C; Andruccioli. (2000). Controle da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem 168-184 Acedido em 6-03-2015, Disponível em:[http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle da Dor no Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2](http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle%20da%20Dor%20no%20Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2).

McClure, Vimala (2008). *Infant Massage: Handbook for loving Parents*. New York. Bantam Books.

Wilson, David. (2014). Problemas de Saúde no 1º Ano de Vida. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 553 – 586 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: *Poster*

Massagem Abdominal - cólicas



1. PÁS DE MOINHO: Deslizar com as palmas das mãos, uma seguida da outra, partindo da parte superior do abdómen para a inferior e da sua esquerda para a direita. As mãos devem moldar-se à barriga do bebé. Repetir este exercício 3 vezes.



2. PERNAS DOBRADAS: Segurar as pernas do bebé pelos tornozelos e com os joelhos juntos pressionar suavemente contra a barriga. Manter esta posição aproximadamente 5 segundos. Fazer varias vezes.

3. Pedaladas: Segurar um dos tornozelos do bebé e dobrar o joelho sobre o abdómen. Depois endireitar essa perna e repetir o movimento com a outra perna. Alternar varias vezes lenta e ritmicamente o movimento.



4. Círculos no abdómen: Com a mão esquerda desenhar um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio sem levantar a mão. Com a mão direita desenhar um semicírculo (das 9h às 6h) mesma direcção. Repetir este movimento 6 vezes.

5. Repetir o movimento de pernas dobradas

APÊNDICE 2: Folheto

Pais: parceiros no controlo da dor



UC Estágio com Relatório: Ensino Clínico de Urgência Pediátrica
6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Autor: Pereira, Sofia.

Referências bibliográficas: Pimenta, C; Andruccioli. (2000). Controlo da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem 168-184. Acedido em 6-03-2015, Disponível em: [http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle da Dor no Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2](http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2); McClure, Vimala (2008). *Infant Massage: Handbook for loving Parents*. New York. Bantam Books.; Wilson, David. (2014). Problemas de Saúde no 1º Ano de Vida. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 553 – 586 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.; Batalha, L. (2010) - *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.; Leboyer, F. Shantala, (1995). *Massagem para bebês: uma arte tradicional*. São Paulo: Ground.

Sabia que...

A causa das cólicas é ainda um mistério. Estas são uma condição multi-fatorial que causa choro inconsolável nos bebés por longos períodos de tempo (McClure, 2008).

As prováveis causas são:

- alimentação demasiado rápida;
- comer demais;
- engolir ar em excesso;
- técnica de alimentação inadequada;
- stress emocional entre pais e criança.

É mais comum em crianças com idade inferior a 3 meses e na maioria dos casos resolve-se com o amadurecimento da criança (Wilson, 2014).

A utilidade da massagem está comprovada, mesmo em prematuros, estando particularmente indicada em cólicas do recém-nascido (Batalha, 2010). Para além da sua eficácia para alívio da dor abdominal, promove o conforto, interação e promoção do vínculo entre pais e criança.

A **família** é um parceiro importante na promoção do **conforto**, através da prestação de cuidados.

As **estratégias não farmacológicas** funcionam como um importante recurso para o controlo da dor causada pelas cólicas e promoção do conforto na criança.

Estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos familiares e cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento (Pimenta, 2000).



1. PÁS DE MOINHO: Deslizar com as palmas das mãos, uma seguida da outra, partindo da parte superior do abdómen para a inferior e da sua esquerda para a direita. As mãos devem moldar-se à barriga do bebé. Repetir este exercício 3 vezes.

2. PERNAS DOBRADAS: Segurar as pernas do bebé pelos tornozelos e com os joelhos juntos pressionar suavemente contra a barriga. Manter esta posição aproximadamente 5 segundos. Fazer várias vezes.



3. PEDALADAS: Segurar um dos tornozelos do bebé e dobrar o joelho sobre o abdómen. Depois endireitar essa perna e repetir o movimento com a outra perna. Alternar várias vezes lenta e ritmicamente o movimento.



4. CIRCULOS NO ABDOMEN: Com a mão esquerda desenhar um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio sem levantar a mão. Com a mão direita desenhar um semicírculo (das 9h às 6h) mesma direcção. Repetir este movimento 6 vezes.

5. Repetir o movimento de pernas dobradas

APÊNDICE III: Brincar Terapêutico

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Internamento de Pediatria

BRINCAR TERAPÊUTICO



Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Lisboa
dezembro de 2015

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Internamento de Pediatria

BRINCAR TERAPÊUTICO



Docente:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

EEESCJ Bela Almeida

Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira n° 6082

As experiências da doença e hospitalização resultam numa situação de crise para a criança e família, sendo esta avaliada e compreendida à luz da maturação dos seus membros. A capacidade de adaptação e reajuste a estas situações dependem de vários factores, sendo estes, nomeadamente, a idade, estadio de desenvolvimento, maturidade, experiências anteriores, gravidade de diagnóstico, processo de vinculação estabelecido e sistemas de suporte disponíveis. Embora as reacções da criança à doença e hospitalização variem segundo o seu estadio de desenvolvimento, existem factores geradores de stress, comuns a todas elas, sendo estes a separação, a perda de controlo, o medo do desconhecido, a alteração da imagem corporal e a dor. (Sanders, 2014).

Neste sentido, a assistência à criança hospitalizada tem sofrido modificações nas últimas décadas, paralelamente à evolução das ciências médicas, humanas e sociais, desenvolvendo-se assim perspectivas diferentes de como assistir a criança e família no processo saúde-doença que orientam a nossa prática. A intervenção pediátrica baseada na filosofia dos cuidados centrados na família, rege-se por processos de relação e interacção com três elementos fundamentais: criança, família e equipa multidisciplinar.

Os conhecimentos e competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos da hospitalização, devendo definir intervenções, que visem diminuir o sofrimento e ansiedade da criança e família, com o objetivo primordial de tornar esta experiência o menos traumática possível e potencializar os seus eventuais efeitos positivos (Barros, 2003). Estas intervenções baseiam-se em competências específicas e no respeito pela dignidade e direitos da criança e família.

Embora a hospitalização seja causadora de stress e ansiedade na criança e família, pode tornar-se numa experiência positiva, desde que sejam proporcionadas determinadas condições. Actualmente verifica-se uma preocupação crescente em construir uma atmosfera afectuosa e acolhedora, facilitando a hospitalização e promovendo a adesão das crianças à mesma. Corroborando, Brazelton (2007) acresce que a hospitalização também pode, com base numa atmosfera carinhosa, proporcionar na criança o desenvolvimento da sua auto-estima e maturidade, por forma a dominar a sua ansiedade e os seus medos em relação ao hospital.

Perante estas premissas, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem (EEESCJ) não se limita unicamente à prestação de cuidados especializados na área, mas também a atender às necessidades emocionais, de adaptação, ansiedade e medos, que a criança e família enfrentam mediante a situação de hospitalização, por forma a assegurar o seu harmonioso e integral desenvolvimento físico, intelectual e moral.

Sendo o brincar uma necessidade e um direito das crianças, como está mundialmente reconhecido e referenciado no 7º princípio da Declaração Universal dos Direitos da Criança, este assume um papel fundamental na adaptação e integração da criança no ambiente hospitalar. Na perspectiva de Sanders (2014, p. 1041) “brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não pára quando as crianças estão doentes ou quando entram no hospital.”.

A brincadeira terapêutica ajuda a libertar o stress e o medo inerentes à hospitalização, minimizando assim os efeitos negativos que este momento acarreta a curto e longo prazo. Esta devendo ser adaptada ao desenvolvimento de cada criança, possibilita a sua preparação para a hospitalização desmistificando desta forma o medo do desconhecido. Como tal, o brincar deve ser contemplado como uma ferramenta essencial em enfermagem pediátrica como recurso no estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo que deverão fazer-se todos os esforços para que a criança brinque durante a sua estadia no hospital.

De acordo com a bibliografia, são inúmeros os benefícios e as finalidades da brincadeira para a criança como ferramenta terapêutica, das quais ressalvo a importância que assume como meio de expressão de sentimentos, meio de comunicação entre criança e enfermeiro, bem como favorece a preparação para procedimentos e adaptação ao meio hospitalar. Conjuntamente coloca a criança numa posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e assumir o comando das suas próprias escolhas (Sanders, 2014).

Focalizando o brinquedo, como parte integrante e recurso da brincadeira terapêutica, pode ser utilizado com a finalidade de preparar a criança para procedimentos, para que a mesma tenha a possibilidade de manusear os instrumentos que irão ser utilizados e verbalizar os seus sentimentos e receios, com o intuito de envolver e ampliar a compreensão acerca do procedimento em questão.

Assim, através desta partilha, a enfermeira pode obter informações cruciais acerca do estado emocional da criança, que a mesma pode não exteriorizar ou manifestar conscientemente. (Ribeiro et al, 2001).

Comprovado o benefício do brincar, este deve ser parte integrante da filosofia do cuidar em pediatria, estando o enfermeiro numa posição privilegiada para ajudar a criança e família a expressar os seus sentimentos e frustrações, favorecendo assim uma melhor adaptação à hospitalização, tornando esta experiência menos traumática e mais alegre, promovendo melhores condições para a sua recuperação.

Desde o nascimento até aos 3 meses de idade, o bebé responde aos estímulos do ambiente de forma global e indiferenciada. O brincar é algo dependente dos outros e o prazer que sente é demonstrado por uma atitude calma (com 1 mês), um sorriso (com 2 meses) ou um grito (com 3 meses). Nos primeiros meses de vida o brinquedo que o bebé mais gosta é os próprios pais, sentindo-se feliz quando estes o abordam. À medida que os anos passam, a criança vai adaptando as brincadeiras ao seu desenvolvimento, pois novas actividades e brinquedos começam a despertar o seu interesse. Como tal é fulcral, tendo por base este princípio, englobar os pais como parte integrante dos cuidados e da equipa proporcionando sobretudo segurança.

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EEESCJ, deverá assim desempenhar um papel activo, na escolha de metodologias mais adequadas de confronto com a ansiedade e com a dor, particularmente úteis em situações como a realização de procedimentos invasivos. Pretende-se que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação da criança e família, como também o promotor de uma resposta de elevado grau e adequação às suas necessidades, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento. Pela sua formação especializada deve conseguir uma proximidade com a criança e família, detectando precocemente as necessidades e potencialidades, pelo que desempenha um papel preponderante na equipa multidisciplinar.

Apesar da brincadeira terapêutica ter benefícios comprovados e cada vez mais ser utilizada de forma consciente pela equipa de enfermagem, considero que sendo esta uma intervenção autónoma de enfermagem, como futura EEESCJ, devemos dar mais visibilidade aos cuidados que prestamos e que estes têm um objetivo. Isto é, deve partir de nós considerar fundamental e essencial o tempo que despendemos quando estamos a realizar o brincar terapêutico, deixando para trás o estigma que

estamos só a brincar com a criança. Desta forma é que se constroem alicerces científicos que fundamentem os cuidados que prestamos empiricamente. Noutra perspectiva ao adequarmos e dispormos de diversos recursos que melhor se adequam à criança estamos em sintonia com as competências específicas do EEESCJ que “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (OE, 2010).

Não obstante para que se possa incrementar este cuidar na prática diária é importante que toda a equipa compreenda efectivamente o papel que o brincar assume nos cuidados e principalmente no cliente pediátrico.

A adoção de **estratégias não farmacológicas**, como o brincar terapêutico, tem adquirido extrema importância junto dos enfermeiros aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. O recurso a estas intervenções é importante, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções e, porque modificam o significado da dor para quem a percebe.

Através da utilização de estratégias não farmacológicas, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às percepções, expectativas, avaliações e construções, que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (Linhares & Doca, 2010).

De acordo com a DGS (2013), as estratégias não farmacológicas podem classificar-se conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, ou seja, comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.

A correcta selecção, juntamente com a correcta implementação das estratégias, requer domínio e treino das mesmas, pelo que, para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante terem presente alguns fatores essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital.

As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor e as mais adequadas a cada faixa etária e estadio de desenvolvimento são diversas, pelo que cabe ao enfermeiro orientar os seus cuidados para as

necessidades do mesmo, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

De acordo com Pimenta (2000), estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento. Corroborando, a OE (2013, p.18) refere que

“a presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor”.

Assim, juntamente com a enfermeira orientadora decidi elaborar um poster (Apêndice 1) sobre esta temática onde são expostos os benefícios mútuos desta estratégia não farmacológica, com a finalidade de dar visibilidade a esta estratégia muito utilizada por toda a equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S. (2001) *International Evidence-Based Group for Neonatal*. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. Arch Pediatr Adolesc Med; 155 (2):173-80.
- Batalha, L. (2010) - Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica. 2.a edição. Lisboa: Climepsi.
- Brazelton, T. (2007). O Grande Livro da Criança. 10ª ed.. Lisboa: Editorial Presença.
- Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.
- Direcção-Geral de Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).
- Gouin, S., J. Gravel, et al. (2005). "Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED." Am J Emerg Med 23(3): 243-247.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (pp. 1–5). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE*

Sanders, Jennifer (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização . In Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1025-1060 Vol II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas,Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Poster

O Brincar Terapêutico

- As experiências de doença e hospitalização resultam numa situação de crise para a criança, para o jovem e família.
- Os cuidados de enfermagem devem minimizar os efeitos da hospitalização, definindo intervenções para diminuir o sofrimento e ansiedade da diáde, com o objetivo primordial de tornar esta experiência o menos traumática possível e potencializar os seus eventuais efeitos positivos.
- O cuidado não traumático incide sobre a prestação de cuidados sem dor física, emocional e social e, tem como “objectivo primordial não causar dano”.

CRIANÇA e JOVEM

BENEFÍCIOS

- É uma necessidade e um direito das crianças (7º princípio da Declaração Universal dos Direitos da Criança)
- Ajuda a libertar o stress e o medo inerentes à hospitalização, minimizando assim os efeitos negativos
- Ajuda a sentir-se mais segura
- Proporciona diversão e relaxamento
- É essencial para o bem-estar mental, emocional e social
- Facilita a expressão de sentimentos
- Coloca a criança numa posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e assumir o controlo das suas próprias escolhas
- Influência no restabelecimento físico e emocional



ENFERMAGEM

BOA PRÁTICA NO CUIDAR

- Intervenções autónomas de enfermagem
- Ferramenta essencial em enfermagem pediátrica
- Meio de comunicação com a criança e o jovem
- Necessidade de adaptação da brincadeira à idade e estágio de desenvolvimento
- Incorporada no plano de cuidados de enfermagem
- Facilita a compreensão dos medos da criança e do jovem
- Favorece a preparação para procedimentos
- Elo de ligação com restantes membros da equipa multidisciplinar



APÊNDICE IV: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Internamento de Pediatria

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR



Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ensino Clínico de Internamento de Pediatria

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR



Docente:

Prof.^a Maria Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora:

EEESCJ Bela Almeida

Discente:

Sofia Alexandra Dias Pereira nº 6082

A **dor pediátrica** é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direcção Geral de Saúde (DGS), em 2003, refere que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)” e 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 efectiva humanização das Unidades de Saúde” (p.1). Constitui, desta forma, uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde. Como tal, exige do profissional de saúde a compreensão adequada de fatores biológicos, comportamentais, afetivos, cognitivos e culturais.

A preocupação pela dor da criança, em particular, começou a assumir importância no final do século XX, altura em que começam a surgir os primeiros estudos que relatam diferenças entre o tratamento da dor em crianças e adultos em condições semelhantes. Presentemente, apesar de ainda haver lacunas no conhecimento acerca da sua epidemiologia nas crianças, observa-se uma maior preocupação em avaliar e controlar a dor na mesma.

A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que, para poderem ser promovidas, têm de ter a dor como “alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de actividade como um outro sinal vital” (Batalha, 2010, p.14). A adequação dos diversos instrumentos para a mensurar, de acordo com a idade e etapa do desenvolvimento infantil, o contexto no qual a dor ocorre, bem como as intervenções potencialmente mais eficazes para cada situação, são condicionantes que comprometem uma correcta avaliação e posterior intervenção.

Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010, considera que **o controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática**, tornando-se imprescindível avaliar, intervir e registar a intensidade da dor (OE, 2013). Corroborando desta filosofia de cuidados, a DGS preconiza, também desde 2010, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, como norma de boa prática. Torna-se pois, fulcral definir normas que padronizem a nossa atuação com a finalidade de adequar e intervir junto das crianças da forma mais adequada.

A prevenção da dor é importante, não somente devido aos aspectos éticos, mas também porque, evidências científicas (Anand, 2001) sugerem que a exposição repetida e prolongada à dor pode alterar o desenvolvimento do cérebro e, conseqüentemente, o comportamento da criança e do adolescente a longo prazo. Associadamente, as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010a), como diz Batalha (2010, p.18) “nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentavam mais dor, mesmo quando eram empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”.

A filosofia subjacente ao **cuidar em Pediatria**, advoga que não basta tratar a pessoa na sua dimensão biológica, mas que a pessoa deve ser vista como um todo, contribuindo com esta visão para o seu crescimento e desenvolvimento integral e harmonioso, o que implica a integração da família na equipa de saúde.

A criança é uma Pessoa singular, um ser de direitos, um ser vulnerável, frágil pela sua incapacidade para se defender, e um ser em constante crescimento e desenvolvimento. Desta forma e, cumulativamente, quando uma criança se encontra hospitalizada, o enfermeiro deve enaltecer a Carta da Criança Hospitalizada para que todos os seus direitos sejam respeitados e defendidos, independentemente do contexto da sua prática “o enfermeiro assiste a criança e família nas escolhas informadas e no agir para o melhor interesse da criança” (Hockenberry & Barrera 2014 p.12). Esta Carta fornece orientações para assegurar que todas as crianças recebem os melhores cuidados de enfermagem, fazendo referencia no 5º Princípio que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (OE, 2013 p.20).

A criança e a família formam uma unidade, com necessidades de cuidado específicas mas convergentes para um mesmo objetivo, ou seja, cuidar efetivamente do doente, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo o seu conforto em todos os contextos da experiência humana. Nesta perspetiva holística de cuidado, a família revelou-se um parceiro extremamente

importante na promoção do **conforto**, através da prestação de cuidados ao doente. E fomos evoluindo até uma prestação de cuidados centrados na família (CCF) (Jorge, 2004).

A OE (2010a) considera que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Representa uma nova filosofia da enfermagem pediátrica e é o corolário do esforço feito para humanizar os serviços de internamento de crianças e jovens. O envolvimento dos pais no cuidar, constitui para ambos uma oportunidade para enfrentar os momentos difíceis de separação e dor que a doença e a hospitalização acarretam para a família. Esta participação emerge da dinâmica relação que os enfermeiros são capazes de estabelecer com os familiares e com a criança doente. O enfermeiro tem de ser “perito” nesta matéria, de forma a conseguir encontrar estratégias que dinamizem a inclusão da família na equipa de saúde, para a obtenção dos melhores resultados possíveis no tratamento e manutenção do bem-estar da criança ou jovem.

Em parceria com os pais, é fulcral reconhecer a individualidade da dor na criança ou jovem e a sua variabilidade, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, com a finalidade de avaliar e interpretar o estado emocional de forma a intervir corretamente.

Cuidar é o foco da enfermagem, no entanto, ainda se verifica que maioritariamente, os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, apesar de actualmente se valorizar o cuidado de enfermagem à criança e família de uma forma não traumática.

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EEESCJ, deverá desempenhar um papel activo, na escolha das metodologias mais adequadas perante o *stress* e a dor, particularmente úteis em situações como a realização de procedimentos invasivos. Pretende-se que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação da díade, como também o promotor de uma resposta de elevado grau e adequação às suas necessidades, ao longo das suas diferentes fases de desenvolvimento. Pela sua formação especializada deve conseguir uma proximidade com a criança e família, detetando precocemente as necessidades e potencialidades, pelo que desempenha um papel preponderante na equipa multidisciplinar.

O controlo da dor, assim como a seleção da estratégia mais eficaz para prevenir e minimizar deve ser uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem em pediatria (Anand, 2001). As estratégias para melhorar o alívio da dor são da responsabilidade do profissional de saúde, mas o tratamento e alívio correspondem a um direito humano básico.

A adoção de **estratégias não farmacológicas** tem adquirido extrema importância junto dos enfermeiros aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. O recurso a estas intervenções é importante, pois funcionam como um recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções e, porque modificam o significado da dor para quem a percebe.

Associadamente, contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções de enfermagem autónomas. Segundo o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE 2011a, p.4) “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

Através da utilização de estratégias não farmacológicas, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às percepções, expectativas, avaliações e construções, que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (Linhares & Doca, 2010).

De acordo com a DGS (2013), as estratégias não farmacológicas podem classificar-se conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, ou seja, comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.

A correcta selecção, juntamente com a correcta implementação das estratégias, requer domínio e treino das mesmas, pelo que, para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante terem presente alguns fatores essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital.

As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor e as mais adequadas a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento são

diversas, pelo que cabe ao enfermeiro orientar os seus cuidados para as necessidades do mesmo, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

De acordo com Pimenta (2000), estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento. Corroborando, a OE (2013, p.18) refere que

“a presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor”.

É impreterível que os enfermeiros, tendo o EEESCJ um papel de destaque como elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar, realizem formação e estejam despertos para o uso eficaz das medidas não farmacológicas para controlo da dor. Em consonância, é fundamental que incentivem e promovam a presença dos pais no sentido de estes serem uma variável importante na eficácia destas estratégias.

Nesta perspectiva, após a identificação das necessidades da equipa de enfermagem tendo em conta a importância dos cuidados não traumáticos, através da entrevista informal à orientadora do ensino clínico e os pares peritos na área, constato que a equipa de enfermagem já está sensível a esta problemática, pelo que delineei uma forma de sistematizar as diferentes estratégias não farmacológicas para as diferentes idades, de forma a reforçar a importância e benefícios destas intervenções autónomas de enfermagem.

Assim, para dar visibilidade ao planeado, estruturei um poster (Apêndice 1), onde exponho as estratégias não farmacológicas que podem ser aplicadas pelos enfermeiros no cuidado à criança ou ao jovem consoante a sua faixa etária e estágio

de desenvolvimento. Este vai ser um meio de comunicação e transmissão de informação para que, os enfermeiros, captem toda a informação relevante e fundamental, relativamente à temática e consigam aplicar os cuidados apresentados. O poster será colocado na sala de tratamentos para que todos tenham acesso fácil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anand, S. (2001) *International Evidence-Based Group for Neonatal*. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. Arch Pediatr Adolesc Med; 155 (2):173-80.

Batalha, L. (2010) - Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel.

Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica. 2.a edição. Lisboa: Climepsi.

Brazelton, T. (2007). O Grande Livro da Criança. 10ª ed.. Lisboa: Editorial Presença.

Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.

Direcção-Geral de Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).

Gouin, S., J. Gravel, et al. (2005). "Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED." Am J Emerg Med 23(3): 243-247.

Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (pp. 1–5). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011a) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista Regulamento nº 122/2011. D.R. 2a Série. N.º35 (2011-02-18) 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE*

Sanders, Jennifer (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização . In Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., pp. 1025-1060 Vol II). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas,Lda.

APÊNDICES

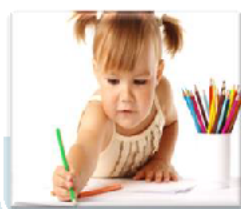
APÊNDICE 1: Poster

Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor

- O controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática, tornando-se imprescindível avaliar, intervir e registar a intensidade da dor, assim como avaliar a eficácia das suas intervenções.
- O enfermeiro sendo o profissional de saúde que tem um contato mais próximo e prolongado com a criança, desempenha um papel chave na promoção do conforto e do seu bem-estar, dirigindo a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, o menos traumático possível.
- As estratégias não farmacológicas no controlo da dor, funcionam como um importante recurso para a sua prevenção e o seu alívio.
- Estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos familiares e cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo sobre a situação e incentivar a sua participação e corresponsabilização no tratamento.
- Classificam-se em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.
- São diversas as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor e a sua escolha depende de diversas condicionantes (recursos, contexto, tipo de dor).



- Diminuição da luz e ruído
- Sucção não nutritiva
- Sacarose 24%
- Leite materno
- Contenção
- "Colinho" e método -canguru
- Concentração das manipulações
- Posicionamento



- Presença dos pais
- Distração (bolas de sabão)
- Brincadeira terapêutica
- Simulação ou modelagem
- Reforço positivo



- Presença dos pais
- Imaginação guiada
- Técnicas de relaxamento
- Humor
- Dar opção de escolha
- Reforço positivo



- Respeitar privacidade
- Não infantilizar
- Dar opção de escolha
- Distração (jogos, música)
- Técnicas de relaxamento

**APÊNDICE V: Administração de sacarose ao recém-nascido como analgesia
durante um procedimento doloroso**

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE AO RECÉM-NASCIDO COMO
ANALGESIA
DURANTE UM PROCEDIMENTO DOLOROSO

Código
Data aprovação
Pág. 1 / 2

1. OBJECTIVO

Esta instrução de trabalho pretende definir e uniformizar o processo de utilização da Sacarose de forma a diminuir ou suprimir a dor provocada por procedimentos dolorosos ao Recém-Nascido (RN).

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho aplica-se a todos os enfermeiros da Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia.

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

NEC – Enterocolite necrosante

RN – Recém-Nascido

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

4.1 Contra-indicações

- Enterocolite necrosante (NEC)
- Atrésia do esófago
- Fístula traqueoesofágica
- Intolerância conhecida à frutose

4.2 Indicações

A administração de sacarose está indicada para prevenir/tratar a dor. Deve ser administrada antes de procedimentos dolorosos ou geradores de stress. São exemplos:

- Procedimentos cutâneos: punção venosa periférica, capilar, lombar, supra púbicas ou injeções intramusculares e subcutâneas
- Colocação de sonda gástrica ou vesical
- Aspirações de secreções
- Remoção de adesivos
- Procedimentos durante os quais o RN deve estar calmo (colocação cateter umbilical, ecografia, tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, etc.).

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE AO RECÉM-NASCIDO COMO
ANALGESIA
DURANTE UM PROCEDIMENTO DOLOROSO

Código
Data aprovação
Pág. 2 / 2

4.3 Dose e freqüência de administração

Idade Gestacional	Sacarose 24%
< 31 semanas ou pausa alimentar	0,05 - 0,1 ml
32-37 semanas	0,3 - 0,5 ml
> 37 semanas	1 - 2 ml

- RN prematuro: até 4 vezes/dia
- RN termo: 6 a 8 vezes/dia

4.4 Efeitos secundários

- Engasgamento e baixa de saturação transitória.
- Risco de enterocolite necrosante em RN com peso <1500gr e IG <32 semanas, asfixia grave ou alteração da fluxometria umbilical, (embora não esteja devidamente comprovado).
- Alguns estudos indicam que mais do que 10 doses diárias podem implicar um pior desenvolvimento neuro-comportamental no RN pré-termo.

4.5 Modo de administração

- Preparar o material para a analgesia e para o procedimento potencialmente doloroso.
- Colocar o RN em posição confortável, favorecendo o colo e/ou medidas não farmacológicas para o alívio da dor.
- Administrar na região anterior da língua a sacarose e associar a sucção não-nutritiva (chucha).
- Aguardar aproximadamente 2 minutos antes dar início ao procedimento doloroso.
- Manter a chucha e estimular a sucção durante a administração da sacarose e realização do procedimento.
- Se necessário durante o procedimento repetir a administração da solução de sacarose.

ELABORADO POR

APROVADO POR

Natasha Pedro; Sofia Pereira

APÊNDICE VI: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor durante a prestação de cuidados em contexto neonatal.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO
RECÉM-NASCIDO

Código
Data aprovação
Pág. 1 / 2

1. OBJECTIVO

Esta instrução de trabalho pretende definir e uniformizar a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor em contexto neonatal de forma a diminuir ou suprimir a dor provocada por procedimentos dolorosos ao Recém-Nascido (RN).

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho aplica-se a todos os enfermeiros da Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia.

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

RN – Recém-Nascido

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Os cuidados de enfermagem são orientados para as necessidades do RN, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo o stress e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

4.1 Indicações

- As estratégias não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e controlo da dor durante procedimentos de dor aguda em RN.
- As estratégias não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.
- São na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos cuidadores, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro.
- Podem classificar-se em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional, ambientais.
- Contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções de enfermagem autónomas.

4.2 Estratégias não farmacológicas

- Redução da incidência de luzes sobre o RN;
- Redução do ruído ambiente (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Posicionamento adequado do RN (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO
RECÉM-NASCIDO

Código

Data aprovação

Pág. 2 / 2

-
- Concentração de manipulações;
 - Massagem terapêutica;
 - Embalo, «colinho»;
 - Contacto físico dos pais com o RN (principalmente com a mãe) parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em RN de termo;
 - Método canguuru - reduz significativamente a duração do choro, a actividade física e a diminuição da frequência cardíaca nos RNs prematuros;
 - Sucção não nutritiva - está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperactividade e modula o desconforto do RN. A analgesia promovida pela chucha parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor aquando da sua interrupção;
 - Leite materno - além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno ou oferecido por sonda nasogástrica;
 - Sacarose a 24%, utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão, tem levado a verificar-se a expressão facial de tranquilidade no RN e/ou diminuição do tempo de choro. Esta ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinociceptivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A utilização da sacarose é recomendada pela Academia Americana de Pediatria (2000) para o alívio da dor aguda em RNs internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.

ELABORADO POR

APROVADO POR

Natasha Pedro; Sofia Pereira

**APÊNDICE VII: Formação - O Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido:
Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor**

Plano de sessão

Formadora: Sofia Alexandra Dias Pereira

Data: 11 de Fevereiro de 2016

Duração: 60 minutos

Tema: O Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido: Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor

Destinatários: Enfermeiros e restante equipa multidisciplinar

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para as estratégias não farmacológicas no controlo da dor e a sua importância como cuidado não traumático para o recém-nascido.

Objetivos específicos:

- Promover a avaliação da dor: um dever;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no controlo da dor em contexto neonatal;
- Promover a adesão de cuidados não traumáticos e seus benefícios no conforto da díade;

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO: ESTRATEGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR



Docente:
Profª Maria Manuela Soveral

Discente:
Sofia Pereira

fevereiro 2016

1

Dor: Contextualização

- "Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (CIPE, versão 2, 2010);
- Dor o 5º Sinal Vital (DGS, 2003);
- DGS desde 2010 preconiza como **norma de boa prática** a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

2

Dor: Contextualização

- " no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e a auto-cuidado" (OE, 2001, p.11);
- " a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional (...) a dor pode e deve ser avaliada, atenuada" (OE, 2008, p.7).

3

Dor: Contextualização



4

Dor: fenómeno multidimensional em pediatria

- **Fenómeno complexo e multidimensional**, exige do profissional de saúde a compreensão adequada de diversos aspectos como fatores biológicos, comportamentais, afetivos, cognitivos e culturais da dor;
- A eficácia do controlo da dor implica **trabalho multidisciplinar**;
- As **vias nervosas ascendentes** necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das **28 semanas de gestação**.

(Bataha, 2010).

5

Dor: fenómeno multidimensional em pediatria

- Os recém-nascidos **têm dor e guardam memória da dor**.
- Carta da Criança Hospitalizada
 - **4º Princípio: "as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo"**.
- Os efeitos da Dor são sempre nefastos para o recém-nascido do ponto de vista do comportamento, metabolismo e fisiologia" (SPP, 2004, p.46)

6

Dor: fenómeno multidimensional em pediatria

- " As experiencias precoces e repetidas de dor no periodo neonatal parecem exercer influencia sobre as experiencias posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma como lida com o stress" (DGS, 2010, p.3)

7

Avaliação da dor: um dever

**Maior
obstáculo ao
tratamento !**

Como descodificar
a dor do Recém-
Nascido?

A partir das 24 semanas de gestação os RN respondem a estímulos dolorosos através de manifestações **fisiológicas** e **comportamentais**.

Intervir de forma "CONTROLAR A DOR!"

8

Avaliação da dor: um dever

- Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de **instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis**, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança.
- Os recém-nascidos a partir das **24 semanas de gestação respondem aos estímulos dolorosos** através de manifestações fisiológicas e comportamentais mensuráveis. (Linhares e Doca, 2010)

9

Avaliação da dor: um dever



10

Avaliação da dor: um dever

Respostas Fisiológicas

- Taquicardia
- Hipertensão arterial
- Polipneia
- Alteração da Saturação
- Palidez
- Sudorese
- Aumento do tónus muscular
- Pupilas dilatadas
- Aumento da pressão intracraniana

Respostas Comportamentais

- Choro
- Expressão facial
- Agitação dos membros
- Rigidez generalizada
- Punhos cerrados
- Alteração dos ciclos de vigila/sono
- Irritabilidade

11

Avaliação da dor: um dever

Nos Recém-nascidos, a DGS (2010) recomenda a utilização dos seguintes instrumentos:

- **EDIN** (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- **PIPP** (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- **N-PASS** (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

12

EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)

Pergunta		Avaliações	
Rozado		<input type="checkbox"/> Corpo calmo	0
Corpo		<input type="checkbox"/> Agitação transitória, geralmente calmo	1
	^	<input type="checkbox"/> Agitação frequente mas acalma-se	2
Sono		<input type="checkbox"/> Agitação permanente	3
Interação		<input type="checkbox"/>	
Reconforto		<input type="checkbox"/>	
	v		
Corpo			

EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)

Pergunta		Avaliações	
Rozado		<input type="checkbox"/> Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	0
		<input type="checkbox"/> Adormece dificilmente	1
Corpo		<input type="checkbox"/> Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	2
Sono	^	<input type="checkbox"/> Não adormece	3
Interação		<input type="checkbox"/>	
Reconforto		<input type="checkbox"/>	
	v		
Sono			

EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)

Pergunta	Avaliação
Rosto	<input type="checkbox"/> Alerta 0
	<input type="checkbox"/> Apreensão passageira no momento do contacto 1
Corpo	<input type="checkbox"/> Contacto difícil, grito à menor estimulação 2
	<input type="checkbox"/> Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação 3
Sono	
Interação	
Reconforto	
Interação	

17

EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né)

Pergunta	Avaliação
Rosto	<input type="checkbox"/> Sem necessidade de reconforto 0
	<input type="checkbox"/> Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 1
Corpo	<input type="checkbox"/> Acalma-se facilmente 2
	<input type="checkbox"/> Inconsolável. Sucção desesperada. 3
Sono	
Interação	
Reconforto	
Reconforto	

18

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

- 5 parâmetros comportamentais e 1 indicador fisiológico (avaliados antes, durante e após procedimentos invasivos agudos)
- Avaliação da dor no período neonatal (RN de termo e pré-termo).
- A maior dificuldade : avaliação do parâmetro "choro" em pacientes intubados – dobra-se a pontuação da mímica facial, sem avaliar o "choro"
- Define-se dor quando pontuação >4 (definir estratégias farmacológicas com a equipa médica).

19

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Pergunta	Avaliação
Expressão Facial	<input type="checkbox"/> Calmo 0
	<input type="checkbox"/> "Careta" 1
Choro	<input type="checkbox"/>
Características da Respiração	<input type="checkbox"/>
Braços	<input type="checkbox"/>
Pernas	<input type="checkbox"/>
Estado de Sono / Repouso	<input type="checkbox"/>
Expressão Facial	

20

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Pergunta	Resposta	Avaliações
Expressão Facial		<input type="checkbox"/> Não chora 0
Choro		<input type="checkbox"/> Choramingo 1
		<input type="checkbox"/> Choro Vigoroso 2
Características da Respiração		<input type="checkbox"/> Choro Silencioso evidenciado pelos movimentos faciais 2
		<input type="checkbox"/>
Braços		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Pernas		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Estado de Sono / Repouso		

21

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Pergunta	Resposta	Avaliações
Expressão Facial		<input type="checkbox"/> Calmo 0
Choro		<input type="checkbox"/> Mudança na Frequência e Ritmo 1
		<input type="checkbox"/>
Características da Respiração		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Braços		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Pernas		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Estado de Sono / Repouso		

Características da Respiração

22

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Pergunta	Avaliação
Expressão Facial	<input type="checkbox"/> A Dorre (Acordado está Calmo/Tranquilo) 0
Choro	<input type="checkbox"/> Irrequieto 1
Características da Respiração	<input type="checkbox"/>
Braços	<input type="checkbox"/>
Pernas	<input type="checkbox"/>
Estado de Sono / Repouso	
Estado de Sono / Repouso	

25

Algoritmo para controlo da dor



26

Cuidados não traumáticos

"Prestação de cuidados ao bebé sem dor física, emocional e social, tendo como objectivo primordial não causar dano" (Hockenberry, 2014, p. 12).

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

Importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas

27

Estratégias não farmacológicas para controlo da dor em recém-nascidos

- A adoção das medidas não farmacológicas tem adquirido **extrema importância junto dos enfermeiros** aquando a realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis.
- Funcionam como um **importante recurso para o alívio da dor**, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.
- Permite uma reestruturação cognitiva, direccionada às **cognições, expectativas, avaliações e construções** que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão.

Linhares&Doca, 2010

28

Estratégias não farmacológicas para controlo da dor em recém-nascidos

- São na sua maioria de **baixo custo** e de **fácil aplicação**, podendo ser **ensinadas aos cuidadores**, mesmo para uso domiciliário de modo eficiente e seguro. (Pimenta, 2000)
- Podem classificar-se em **comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional, ambientais**. (DGS, 2013).
- Constituem um **recurso primordial** no controlo da dor e as mais adequadas aos recém-nascidos são diversas pelo que requer domínio e treino das mesmas.
- Poderá contribuir para uma **maior visibilidade** da profissão de enfermagem, na medida em que são **intervenções de enfermagem autónomas**.

29

Estratégias não farmacológicas para controlo da dor em recém-nascidos

• Redução da incidência de luzes	• Toque calmo e suave
• Redução do ruído ambiente	• Contacto físico dos pais com o recém-nascido
• Preservação de períodos mais prolongados de sono e repouso	• Método canguru
• Posicionamento adequado	• Sucção não nutritiva
• Concentração de manipulações e manipulação mínima	• Leite materno
• Massagem terapêutica	• Sacarose a 24%

30

Estratégias não farmacológicas para controle da dor em recém-nascidos

**CUIDADOS
CENTRADOS NA
FAMILIA**



31

Cuidado de Enfermagem ao RN



32

Referencias Bibliográficas

Pimenta, Cibele Andruccioli de Mattos – Controle da Dor no Domicilio. Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem [em linha]. (2000). 168-184
Acedido em 6-03-2015. Disponível em:
http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2.

Linhares, M, Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia, 18 (2):307-325

Hockenberry, M.; Winkelstein, W. (2014). Wong - Enfermagem da Criança e do adolescente. 9ª edição, Loures, Lusoditata.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista Regulamento nº 122/2011. D.R. 2ª Série. N.º35 (2011-02-18) 8648-8653.

33

Obrigada



34

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: Questionário de Avaliação da pertinência da
Formação**

Questionário de Avaliação da pertinência da Formação

Este documento destina-se aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, e pretende avaliar a pertinência da formação – O Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido: Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor, como promotor da qualidade dos cuidados prestados.

Data:

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1- Discordo Totalmente, 2- Discordo, 3- Concordo, 4- Concordo Totalmente

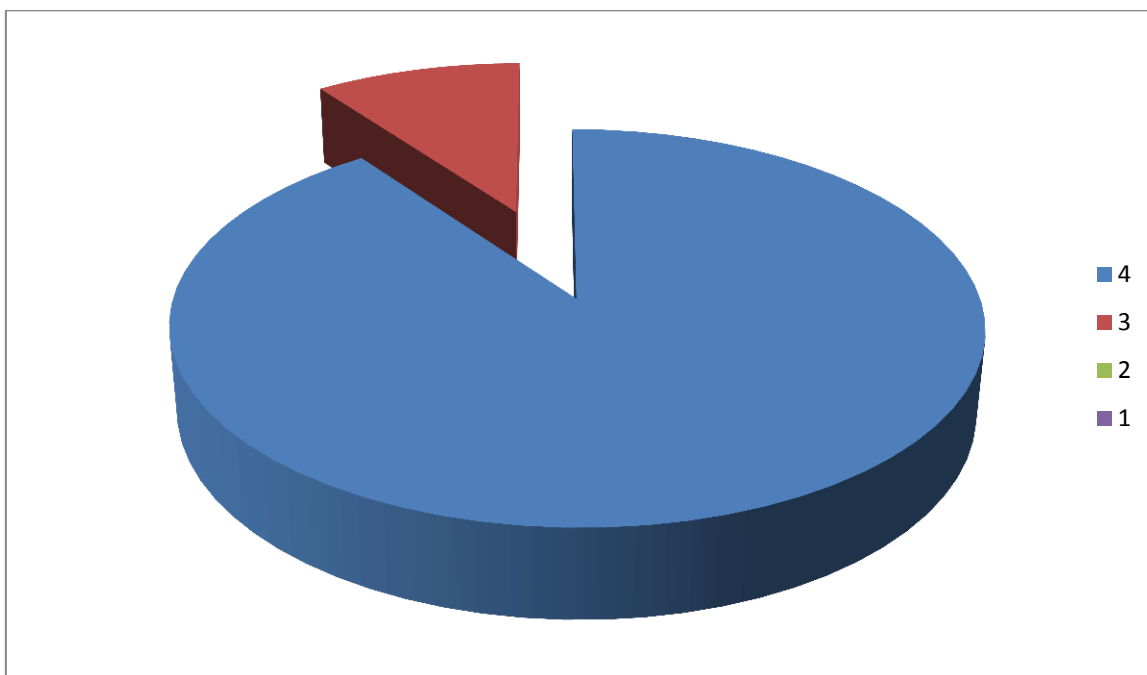
I. Avaliação Global e do Impacto da Formação	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação são claros.				
2. A temática é pertinente como veículo promotor de cuidados de enfermagem que visam conforto e cuidados não traumáticos.				
3. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional.				
4. A formadora foi clara e apresenta domínio da temática				

II. Sugestões:

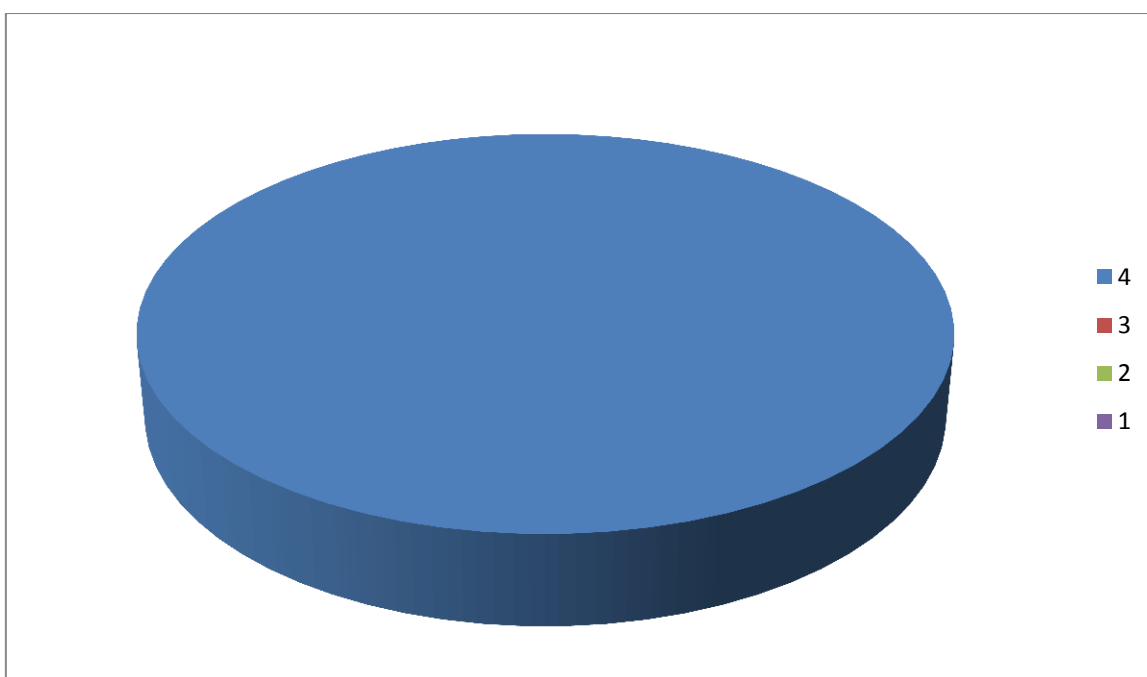
Obrigado pela Colaboração!

**APÊNDICE 2: Análise dos Questionário de Avaliação da pertinência
da Formação**

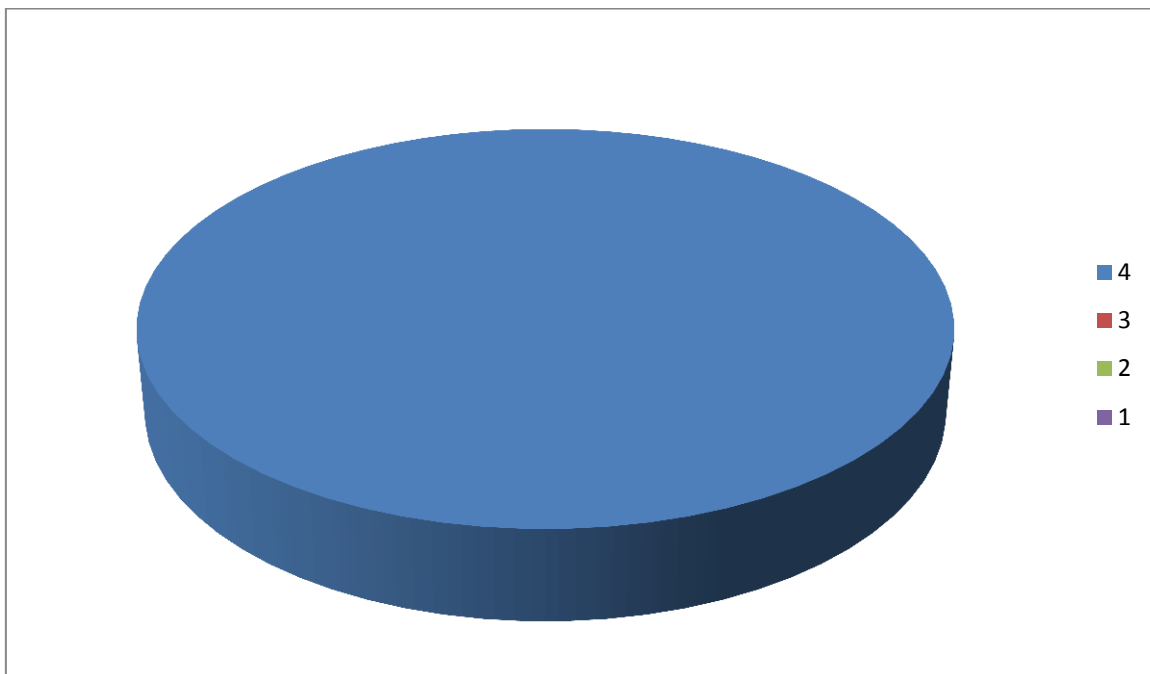
1. Os objetivos da formação são claros.



2. A temática é pertinente como veículo promotor de cuidados de enfermagem que visam conforto e cuidados não traumáticos.



3. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional.



4. A formadora foi clara e apresenta domínio da temática

