



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem

**PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA/DO JOVEM E DA SUA FAMÍLIA –
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTION OF COMFORT IN CHILDREN/YOUNG PEOPLE AND THEIR
FAMILY – CONTRIBUTION OF SPECIALIST NURSE**

Por

Joana Filipa Romano Neves Martinho dos Santos

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA/DO JOVEM E DA SUA FAMÍLIA –
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTION OF COMFORT IN CHILDREN/YOUNG PEOPLE AND THEIR
FAMILY – CONTRIBUTION OF SPECIALIST NURSE**

Por

Joana Filipa Romano Neves Martinho dos Santos

Sob orientação de Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2019

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

*A todas as crianças, a todos os jovens e às suas famílias, que contribuem para o meu
crescimento pessoal e profissional e que me motivam
diariamente, na procura incessante da excelência dos meus cuidados.*

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto pessoal e profissional não seria possível sem o apoio, a compreensão, a colaboração e o carinho de algumas pessoas.

Ao Luís e aos meus pais, por todo o suporte, amor e carinho, por compreenderem a minha ausência, por me motivarem diariamente e acreditarem em mim de forma incondicional e por acima de tudo acreditarem na minha profissão e reconhecerem o seu real valor.

À minha amiga e irmã Sofia, pelo apoio, o carinho, a amizade e a disponibilidade constante para tudo aquilo de que precisei.

Às minhas amigas Joana e Marta, que fizeram todo este percurso comigo, pelo apoio e carinho, por me ouvirem e apoiarem, por todos os sorrisos, pelas lágrimas e por terem estado sempre ao meu lado.

A todos os meus amigos e familiares, pelo apoio, pela amizade e pela compreensão quanto aos meus momentos de ausência, destacando a D. Fernanda e a Maria, pelo apoio, a preocupação, a motivação e as palavras de conforto constantes.

A todos os professores da Universidade Católica Portuguesa, e em particular à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Lourenço, pela disponibilidade, pelo conhecimento partilhado e pelos conselhos dados, fundamentais para a minha evolução e para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista.

Às minhas enfermeiras orientadoras e a todos os elementos dos serviços onde estagiei, pela partilha de conhecimento e experiências e pela dedicação, compreensão e disponibilidade. Tornaram-se sem dúvida uma referência de excelência neste percurso.

A todas as crianças, a todos os jovens e às suas famílias, pelo enorme contributo que deram para esta minha caminhada, por todas as experiências, por todo o conhecimento que me permitiram mobilizar e por todas as palavras de agradecimento.

A todos os que fizeram parte deste meu percurso, o meu enorme obrigada.

RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo como objetivo analisar de forma crítica e reflexiva todo o percurso realizado ao longo dos estágios e que conduziu à aquisição de competências pessoais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Foi selecionado como tema transversal a todo este percurso “A Promoção do Conforto da Criança e da Família”, sendo o referencial teórico escolhido para fundamentação deste tema a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Os cuidados em enfermagem pediátrica têm vindo a sofrer diversas transformações, nomeadamente na resposta às necessidades específicas da criança e da sua família. Esta evolução deve-se à investigação, que revela que os processos de saúde-doença representam para a criança uma situação de crise, geradora de medo, ansiedade e sofrimento. Os cuidados à criança têm como premissas fundamentais não serem traumáticos e serem centrados na família.

O conforto como intencionalidade terapêutica no cuidado de enfermagem deve ser implementado em todos os contextos do cuidar, sendo fundamental refletir sobre a importância da promoção do conforto da criança e da sua família nas suas diversas etapas de desenvolvimento e em diferentes contextos do cuidar.

Ao longo deste relatório são apresentados e descritos de forma reflexiva os objetivos delineados e as atividades realizadas nos diferentes locais de estágio.

No estágio realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários foi possível abordar a problemática da dor na criança submetida à vacinação, nomeadamente a utilização de medidas não-farmacológicas no alívio desta. Como atividades destacam-se a realização de uma sessão de formação junto da equipa multidisciplinar sobre este tema e a elaboração de

uma norma de procedimento sobre a utilização da glicose a 30% como medida não-farmacológica de alívio da dor.

No estágio realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foi desenvolvida a dimensão física do conforto, através de uma sessão de formação junto da equipa sobre o correto posicionamento do RN como medida de promoção de conforto e de alívio da dor.

No estágio decorrido numa Unidade de Cuidados Especiais Nutricionais e Respiratórios, destacou-se a elaboração de dois *kits*, o “*Kit da Brincadeira*” e o “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*”, como instrumentos facilitadores para a equipa de enfermagem no alívio da dor e na promoção do conforto das crianças.

Por último, no estágio que decorreu numa Urgência Pediátrica foi abordada a técnica de contenção física correta como medida de alívio da dor na criança face a procedimentos dolorosos, tendo sido realizado um desdobrável para a equipa de enfermagem.

Para cada local de estágio, foram descritas as competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas na área da prestação de cuidados de enfermagem à criança/ao jovem e à sua família. A reflexão sobre a prática e a partilha de experiências e conhecimentos contribuíram para a aquisição e para o aprofundamento de competências técnicas, éticas e relacionais, sendo isto fundamental para reforçar a importância do papel do enfermeiro especialista na promoção do conforto da criança/do jovem e da sua família.

Palavras-chave: enfermagem, criança, família, conforto.

ABSTRACT

This report was carried out as part of the Master Course in Nursing, in the area of Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, aiming at a critical and reflexive analysis of the entire path given by the courses, that led to the acquisition of personal and specific skills of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

The theme selected to be analyzed throughout this work is "The Promotion of Comfort of the Child and Family". The theoretical reference chosen to support this theme is Katharine Kolcaba's Theory of Comfort.

Pediatric nursing care has undergone several transformations, namely in response to the specific needs of the child and his/her family. This evolution is due to research, which reveals that the health-disease processes represent a crisis situation for the child, which generates fear, anxiety and suffering. Child care has as its main premises being non-traumatic and family-centered.

Comfort as therapeutic intentionality in nursing care should be implemented in all contexts of care, and it is fundamental to reflect on the importance of promoting the comfort of the child and his/her family in their various stages of development and in different care contexts. Throughout this report, the objectives outlined and the activities carried out at the different internship sites are presented and described in a reflective manner.

In the internship carried out at Primary Healthcare Unit, it was possible to address the problem of pain in the child submitted to vaccination, namely the use of non-pharmacological measures in the relief of it. These activities included a training session for the multidisciplinary team on the subject and the elaboration of a procedure rule on the use of glucose at 30% as a non-pharmacological measure of pain relief.

In the internship at a Neonatal Intensive Care Unit the physical dimension of comfort was developed through a training session to the team about the correct positioning of the newborn as a measure of comfort promotion and pain relief.

In the internship at a Special Nutrition and Respiratory Care Unit, two kits were elaborated, the “*Playing kit*” and the “*Non-pharmacological measures kit*”, as instruments to facilitate the work of the nursing team in pain relief and promotion of children's comfort.

Finally, in the internship at Pediatric Emergency, the technique of correct physical restraint was approached as a measure of pain relief in the child in response to painful procedures, and a leaflet was made for the nursing team.

According to each place of internship, the skills developed by the specialist nurse in the area of nursing care to the child/youngster and their family were described. The reflection on practice and the sharing of experiences and knowledge contributed to the acquisition and deepening of technical, ethical and relational skills, being fundamental to reinforce the importance of the role of the specialist nurse in the promotion of child/youngster and their family comfort.

Keywords: nursing, child, family, comfort.

LISTA DE SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

ARS- Administração Regional de Saúde

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IAC - Instituto de Apoio à Criança

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SNIFI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TC – Teoria do Conforto

TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UAU-Ped – Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	21
1. CONFORTO E A TEORIA DE KOLCABA	25
2. IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS EM PEDIATRIA: SCOPING REVIEW	31
2.1 – Introdução	32
2.2 – Metodologia.....	33
2.3 – Resultados.....	35
2.4 – Discussão	36
2.5 – Conclusão	40
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO CONTEXTO FORMATIVO	43
3.1 – A Saúde da Criança e da Família – Vigilância e Decisão Clínica: Contexto de Cuidados de Saúde Primários	44
3.2 – Estágio Final e Relatório	51
3.2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	51
3.2.2 – Internamento Pediátrico	56
3.2.3 – Serviço de Urgência Pediátrica	63
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	81
APÊNDICE I – Poster: “Importância da Utilização de Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Administração de Vacinas Em Pediatria – Scoping Review” e Certificado de presença no 1.º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”	83
APÊNDICE II – Resumo dos Estudos da Amostra da Scoping Review	87

APÊNDICE III – Análise Reflexiva: “Importância da Promoção da Amamentação pelo EEESIP”	107
APÊNDICE IV – Auxiliar de Memória: “Compilação das Escalas de Avaliação da Dor na Criança”	117
APÊNDICE V – Plano de Sessão de Formação: “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”	121
APÊNDICE VI – Sessão de Formação: “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”	129
APÊNDICE VII – Desdobrável: “Estratégia Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação da Criança”	141
APÊNDICE VIII – Cartaz Informativo: “Pai, Mãe, Não Temos Medo das Vacinas!”	145
APÊNDICE IX – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”	149
APÊNDICE X – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”	153
APÊNDICE XI – Desdobrável: “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação”	157
APÊNDICE XII – Proposta de Norma de Procedimento: “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação”	161
APÊNDICE XIII – Plano de Sessão de Formação: “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”	171
APÊNDICE XIV – Sessão de Formação: “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN” ..	179
APÊNDICE XV – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”	197
APÊNDICE XVI – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”	201
APÊNDICE XVII – Proposta: “Programa de Melhoria Contínua de Qualidade (2019)”	205
APÊNDICE XVIII – Análise Reflexiva: “O Papel dos Pais na Promoção do Conforto do RN”	219
APÊNDICE XIX – Desdobrável: “Como Devo Posicionar o meu Filho?”	231

APÊNDICE XX – Plano de Sessão de Formação: “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”	235
APÊNDICE XXI – Sessão de Formação: “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”	243
APÊNDICE XXII – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”	259
APÊNDICE XXIII – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”	263
APÊNDICE XXIV – “Dossier da Dor da UCERN”	267
APÊNDICE XXV – Proposta de Norma de Procedimento: “Estratégias Não-Farmacológicas para o Alívio e a Prevenção da Dor na Criança e no Jovem da UCERN”	271
APÊNDICE XXVI – Análise Reflexiva: “Importância da Distração como Medida Não-Farmacológica no Alívio da Dor nas Crianças e nos Adolescentes da UCERN”	283
APÊNDICE XXVII – “ <i>Kit da Brincadeira</i> ”	295
APÊNDICE XXVIII – “ <i>Kit das Medidas Não-Farmacológicas</i> ”	301
APÊNDICE XXIX – Análise Reflexiva: “Utilização da Contenção Física no Serviço de Urgência Pediátrica”	305
APÊNDICE XXX – Desdobrável: “Contenção Física nos Procedimentos Dolorosos – Medida Promotora do Conforto da Criança”	317
APÊNDICE XXXI – Desdobrável: “Medidas Não-Farmacológicas Para o Alívio e a Prevenção da Dor da Criança e do Jovem”	321
APÊNDICE XXXII – Análise Reflexiva: “Importância dos Pais na Promoção do Conforto dos seus Filhos em Contexto de Serviço de Urgência”	325
APÊNDICE XXXIII – Cartaz Informativo: “Pai, Mãe, Ajudem-me na Sala de Tratamentos!”	335
APÊNDICE XXXIV – Cartaz Informativo: “Preparação das Crianças para os Procedimentos Dolorosos – <i>Toddler</i> e Pré-Escolares”	339

Índice de Figuras

Figura 1 – PRISMA de processo de seleção de artigos.....	35
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Importância/benefícios da utilização das medidas não-farmacológicas na vacinação.....	39
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorreu no Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, sob a orientação pedagógica da Professora Margarida Lourenço, nos anos letivos 2017/2018 e 2018/2019.

O principal objetivo da elaboração deste relatório é descrever de forma crítica e reflexiva, à luz da evidência científica atual, as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, no sentido da aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O Enfermeiro Especialista (EE) é um “profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011, p. 2). No caso do EESIP, o campo de intervenção refere-se ao período crucial do nascimento até aos 18 anos de idade (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018). No entanto, para que a transição para a vida adulta seja alcançada com sucesso, a idade limite poderá ir até aos 21-25 anos, no caso de doença crónica, incapacidade e deficiência (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018).

O EEESIP tem a competência de “dar resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018).

A temática selecionada, de forma a ser transversal a todos os estágios, foi a “Promoção do Conforto da Criança/do Jovem e da Família”, com base na Teoria do Conforto (TC) de Katharine Kolcaba (1994). Segundo Kolcaba, conforto é o estado experienciado por aqueles que são objeto de medidas promotoras de conforto (Kolcaba, 1994 e Dowd, 2002) – intervenções de enfermagem realizadas para promover as necessidades de conforto específicas de cada pessoa, numa dimensão holística, através da satisfação dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1994 e Dowd, 2002).

A escolha deste tema prendeu-se com o meu interesse individual, decorrente da minha experiência pessoal e profissional adquirida até então no cuidar em pediatria. É de realçar que o bem-estar da criança e da família é essencial ao longo do processo de saúde-doença, pelo que o conforto deve ser promovido nos diversos contextos de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares. Promover o conforto da criança/do jovem e da família é garantir o seu bem-estar familiar, potencializando o desenvolvimento infantil saudável e uma melhoria significativa num processo de doença.

A promoção da qualidade de vida, nomeadamente das crianças e das suas famílias, é um dever do enfermeiro, segundo o artigo 103º do estatuto da OE. Este artigo aborda os direitos à vida e à qualidade de vida, através do respeito à “integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa”, intervindo na valorização da vida e da qualidade de vida e rejeitando a “participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” e protegendo a vida humana em todas as circunstâncias (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8079). Neste sentido é perceptível que a promoção do conforto da criança/do jovem e da família é implícita à promoção da qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com OE (2018) é da competência do EEESIP cuidar da criança/do jovem e da família nas situações de especial complexidade, mobilizando “(...) recursos oportunamente, para cuidar da criança/do jovem e da família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, pp. 19192-19194).

Assim, os objetivos gerais que foram transversais a todos os estágios foram: *Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança e da família, enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Promover a utilização de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor e para o conforto da criança, enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.*

Ao longo do mestrado foram duas as unidades curriculares que integraram os estágios realizados. Na Unidade Curricular “A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica”, desenvolveu-se o estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do concelho da Amadora, com o total de 180 horas presenciais, tendo decorrido de 30 de abril a 15 de junho de 2018. Na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, o estágio decorreu em três períodos distintos: primeiramente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital Central em Lisboa, de 3 de setembro a 5 de outubro de 2018, com um total de 115 horas presenciais; posteriormente em contexto de internamento, numa Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, de um Hospital Central em Lisboa, de 8 de outubro a 16 de novembro de 2018, com um total de 130 horas presenciais; e, por fim, de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018, com um total de 115 horas presenciais, decorreu o estágio em contexto de serviço de urgência, numa Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico (UAU-Ped) no concelho de Lisboa.

Para a realização deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, que incidiu nas vivências e nas oportunidades de aprendizagem, bem como na sua influência na minha formação, contribuindo assim para o desenvolvimento e a aquisição de competências.

Relativamente à estrutura, para além da introdução e da conclusão, o presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, onde se inclui a justificação do tema, a definição de Conforto e a Teoria do Conforto de Kolcaba. O segundo capítulo reflete a dimensão investigativa realizada ao longo do mestrado, através da elaboração de uma *scoping review*. O terceiro capítulo é referente aos diferentes contextos de estágio, e contempla as diversas atividades desenvolvidas, englobando uma reflexão crítica sobre estas e sobre as competências adquiridas e desenvolvidas. De seguida, da conclusão fazem parte uma síntese reflexiva de todo o percurso, os principais contributos que cada estágio teve para a minha formação, o que criei para cada local de estágio e sugestões quer para o meu desenvolvimento pessoal e profissional quer para a profissão e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Por último, encontram-se as referências bibliográficas, segundo a norma *American Psychological Association* (APA), e os anexos e apêndices com todas as atividades realizadas nos diversos campos de estágio.

1. CONFORTO E A TEORIA DE KOLCABA

O presente capítulo pretende contribuir para a compreensão dos fenómenos do conforto nos cuidados de enfermagem com uma breve apresentação da TC de Katharine Kolcaba.

Os cuidados de enfermagem em pediatria têm vindo a sofrer profundas transformações no que respeita ao desenvolvimento e à melhoria dos cuidados prestados, que se pretende que satisfaçam de forma eficaz as necessidades da criança e da sua família. Esta evolução deve-se à investigação, principalmente na área da psicologia (Spitz e Bowlby), que mostrou o impacto negativo na vida da criança resultante das experiências de doença e hospitalização. A utilização eficaz de estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar facilita a adaptação da criança e, conseqüentemente, permite que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para a criança e a sua família (Barros, 2003).

O termo conforto deriva do latim *confortare*, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009, p. 62). O conforto “tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem” (Apóstolo, 2009, p. 62), e assume um papel preponderante na sua filosofia (Apóstolo *et al.*, 2012).

É na segunda metade do século XX que surgem várias teorias, como a Teoria de Katharine Kolcaba, que contribuem para o desenvolvimento da disciplina da enfermagem e para a compreensão do conceito de conforto. (Apóstolo, 2009).

Ao longo do tempo, tem surgido uma grande preocupação relativamente ao alívio da dor/do desconforto na criança. Quando se aborda o tema dor e a sua diminuição ou prevenção, não podemos dissociá-lo do conforto. Assim, há um grande interesse em implementar estratégias de amplificação do conforto junto das crianças e dos pais (Kolcaba e Dimarco, 2005).

O conforto é um resultado positivo, que está associado aos elevados níveis de satisfação do utente relativamente às instituições. No caso da criança/da família, o conforto é um resultado extremamente importante de avaliar, uma vez que, em momentos de grande ansiedade, como o caso da doença de uma criança, o conforto é uma necessidade que se deseja que seja satisfeita (Kolcaba e Dimarco, 2005).

Durante o seu desenvolvimento a criança pode estar sujeita a diversas crises. Erik Erikson considera o desenvolvimento da criança um processo contínuo, que decorre em vários estádios ou fases. No decorrer de cada estádio surgem crises que têm de ser resolvidas. Embora uma criança nunca termine por completo todas as tarefas de um dado estádio, deve adquirir um certo grau de domínio e conforto antes de passar com sucesso ao estádio seguinte (Hockenberry *et al.*, 2014). O período de doença e hospitalização pode ser uma das primeiras crises com que a criança se depara, nomeadamente nos primeiros anos de vida (Hockenberry, *et al.*, 2014).

Segundo Barros (2003), a experiência de hospitalização é uma fonte de *stress* e ansiedade para a grande maioria das crianças. É de conhecimento geral que é possível reduzir os efeitos negativos dessa experiência. Quando a criança é admitida no serviço de saúde pode reagir demonstrando medo do desconhecido, ansiedade, desconforto, *stress* ou choro (Barros, 2003).

A CIPE 2015 define *stress* como um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado...” (CIPE, 2016, p. 86).

Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2014) referem que os principais fatores de *stress* numa hospitalização envolvem a separação, a perda de controlo, o medo de lesão corporal e a dor. A forma como a criança reage a estes fatores depende, em parte, do seu estádio de desenvolvimento e das estratégias de *coping* que desenvolve em resposta a essa nova experiência (Hockenberry *et al.*, 2014).

O enfermeiro desenvolve as suas capacidades com o intuito de responder com competência à singularidade do ato de cuidar da criança em parceria com os pais, segundo Mendes e Martins (2012).

A promoção do conforto e do bem-estar do cliente, neste caso da criança e da família, é uma intervenção de enfermagem, como descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, sendo uma condição para a garantia da qualidade dos cuidados prestados. Sousa (2014) destaca que o estado de conforto transcende o alívio do desconforto e é promovido

através das intervenções de enfermagem. Para a mesma autora, estas têm o objetivo de confortar e o conforto é o efeito dessa intervenção (Sousa, 2014). O conforto tem um significado diferente para cada pessoa; no entanto, a noção comum em todas elas é a procura da satisfação das suas necessidades (Sousa, 2014).

O conceito conforto está francamente relacionado com o conceito de bem-estar. Ainda assim, existem diferenças entre ambos, que têm relevância ao nível da sua utilização. Segundo Sousa (2014), bem-estar é um “estado de satisfação plena em resposta às exigências do corpo e/ou espírito, e uma sensação de segurança, conforto, tranquilidade” (Sousa, 2014, p. 43). Logo, verifica-se que conforto e bem-estar não são iguais, pois o bem-estar é a ausência de doença, de sintomas e de problemas (ou seja, desconfortos), e o conforto é a medida de alívio desses desconfortos (Sousa, 2014). Desta forma, o conforto é um resultado de saúde, e, para Kolcaba, potenciá-lo é o objetivo da prestação de cuidados (Kolcaba, 2003). Katharine Kolcaba operacionalizou o conceito do conforto e tornou-o funcional como resultado dos cuidados de enfermagem, ao considerar que o seu processo só fica completo com a avaliação dos resultados. A Teoria do Conforto de Kolcaba, que se insere na Escola do Cuidar e se integra na prática e na investigação em Enfermagem, é uma teoria de médio alcance, uma vez que possui um número limitado de conceitos e pressupostos, baixo nível de abstração e facilidade de aplicação à prática (Kolcaba, 2003).

Sendo esta teoria da Escola do Cuidar, é importante esclarecer a diferença entre conforto e cuidar. De acordo com Kolcaba (1992), o conforto é o resultado pretendido pelos enfermeiros e o cuidar é a forma como os enfermeiros desempenham o seu trabalho. Kolcaba utiliza o cuidar como um adjetivo e o conforto como um substantivo, sendo este último um processo e não uma intervenção.

No modelo conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba os conceitos metaparadigmáticos são definidos da seguinte forma: Enfermagem é descrita como o processo de avaliação das necessidades de conforto do indivíduo, a implementação de intervenções e a avaliação sobre a sua eficácia no alcance do conforto; as Necessidades de Saúde são consideradas défices em qualquer contexto do conforto, que resultam de situações stressantes que o indivíduo não consegue suportar; o Doente é um indivíduo, uma família ou uma comunidade que necessita de cuidados de saúde; o Ambiente equivale às influências externas que podem ser manipuladas para melhorar o conforto; a Saúde é a função ideal de um indivíduo, uma família ou uma comunidade, facilitada pela atenção dada às necessidades de conforto (Kolcaba, 2003).

Segundo Tomey e Alligood (2004), Kolcaba define conforto como a “condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto” (p. 485-486), ou seja, é um estado em que são satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente aos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Apóstolo *et al.*, 2012).

O estado de alívio pressupõe a existência de um desconforto prévio, do qual o indivíduo é aliviado através das intervenções de enfermagem. O estado de tranquilidade é visto como um estado de contentamento, no qual ao manipular-se o ambiente existe uma melhoria da *performance* do indivíduo. Kolcaba refere que o conforto faz sentido como um meio para alcançar a *performance* durante uma tarefa. Em situação de saúde o corpo sente-se tranquilo; em situação de doença afasta a tranquilidade e é através da intranquilidade que se começa a tomar consciência do conforto. Este é um estado de sentido de esperança, de ganho de capacidades e de uma nova tranquilidade quando tudo parecia perdido. A transcendência está relacionada com as intervenções dos enfermeiros para aumentar o autoconhecimento, a autoestima ou o autocontrolo – ou seja, pretende-se um desprendimento do indivíduo da preocupação com a dor, a incapacidade ou qualquer outra dificuldade (Watson, 1999; Kolcaba, 2003).

A segunda dimensão engloba os quatro contextos do conforto sintetizados por Kolcaba (1992, 2003). O contexto físico corresponde ao estado físico do indivíduo, nomeadamente o descanso, o relaxamento, os níveis de eliminação e hidratação, a dor ou o posicionamento. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o significado de vida e, ainda, a relação com uma ordem ou um ser mais elevado. O contexto sociocultural corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais, bem como a aspetos financeiros e informacionais da vida social. Por fim, o contexto ambiental engloba a luz, o equipamento, a cor, o ruído, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio. Perante isto, Kolcaba usa uma estrutura taxonómica do conforto, onde estão inseridos os três tipos de conforto e os quatro contextos nos quais este ocorre (Tomey & Alligood, 2004), que formam um conjunto de doze células que revelam o conforto holístico (Apóstolo *et al.*, 2012). Só se considera que a pessoa está confortável quando todas as necessidades descritas estão satisfeitas.

Esta teoria é humanista e holística e tem por base as necessidades dos utentes (Kolcaba, 2001), pois permite a prestação de cuidados individualizados e holísticos, com o intuito de promover o conforto da pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

Kolcaba (1991, p. 20) define o conforto como “satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental”. Os pressupostos básicos que sustentam esta teoria são: os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado holístico desejável que está associado à disciplina de enfermagem; os seres humanos empenham-se ativamente em satisfazer ou verem satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto (Kolcaba, 1994).

No contexto pediátrico em Portugal, os enfermeiros têm vindo a desenvolver uma visão mais holística do binómio criança/família. Importa, assim, compreender os seus pressupostos básicos, aplicando-os à enfermagem de saúde infantil e pediátrica: a criança/a família têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto da criança/da família que ainda não tenham sido satisfeitas e planear intervenções para satisfazerem essas necessidades; a prevenção do conforto é melhor que o tratamento; se o desconforto não pode ser prevenido, a criança/a família pode ser ajudada a alcançar a transcendência através de estratégias de conforto que permitam a esperança, o sucesso e o suporte ao seu medo; ao aplicar a Teoria do Conforto, os enfermeiros devem considerar toda a criança no seu contexto familiar e, se o conforto pretendido é atingido, a criança/a família é incentivada a adotar estilos de vida saudáveis (Kolcaba, 2001; Kolcaba e DiMarco, 2005).

A análise da Teoria do Conforto permite a compreensão das necessidades do outro e possibilita que o cuidado seja realizado de forma individualizada, por meio de ações de enfermagem que geram conforto e bem-estar ao paciente, sendo necessária aptidão na prestação de cuidados de enfermagem de forma integral, para relacionar conceitos e práticas.

2. IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS EM PEDIATRIA: SCOPING REVIEW

O presente capítulo pretende dar resposta à dimensão investigativa deste percurso, através da elaboração de uma *scoping review*.

A Enfermagem, como disciplina do cuidar, tem a necessidade de atualizar continuamente o seu próprio corpo de conhecimentos e produzir novos, o que é assegurado pela investigação e utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, permitindo, assim, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

As revisões *scoping* pretendem ser abrangentes e fornecer uma visão geral de tudo quanto foi escrito sobre o tema, visando fornecer um mapa da evidência produzida e não apenas de fontes primárias (Peters, *et al.*, 2015).

A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se pelo facto de “(...) ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, e constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura” (Peters, *et al.*, 2015, p. 3).

Esta *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica sobre a importância das medidas não-farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro na administração de vacinas em Pediatria para o controlo da dor e a promoção do conforto da criança/do jovem.

Como resultado da elaboração desta *scoping review*, surgiu a elaboração e a apresentação de um poster no 1.º Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, que se realizou no ICS – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. O poster e o certificado de participação no seminário serão apresentados no Apêndice I.

Seguidamente será apresentada a revisão *scoping*, com o intuito de demonstrar evidência relativa à prática de enfermagem e fundamentar o percurso realizado ao longo dos estágios.

2.1 – Introdução

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direção-Geral de Saúde lembra 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” (DGS, 2003, p. 1).

Por outro lado, a dor constitui-se como o quinto sinal vital (DGS, 2003) e tem sido recentemente considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com Corrie, citado por Holzman, R. (2008), as experiências de dor vivenciadas na infância podem deixar “memória” no sistema nervoso, memória essa que irá condicionar a resposta a estímulos dolorosos ao longo da vida.

Como definido pela Direção-Geral da Saúde, a avaliação da intensidade da dor “consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança” (DGS, 2010, p. 2). Assume-se ainda que esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto (DGS, 2010).

O controlo da dor é um direito das crianças registado na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2010). O conhecimento da história de dor de cada criança é importante para que se consiga planear estratégias adequadas, individualizadas e eficazes.

Batalha (2010) refere que crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado irão apresentar mais dor no futuro, mesmo quando utilizadas medidas de alívio eficazes – ou seja, as experiências dolorosas contribuem para que a criança fique mais vulnerável à dor. O mesmo autor reforça a ideia de que o modo como as crianças se lembram das experiências anteriores terá uma grande influência nas suas respostas no futuro (Batalha, 2010).

Na criança, o conceito de dor é rodeado por uma grande variedade de mitos, que interferem diretamente na prática clínica, visto que a dor nesta faixa etária é subestimada por muitos profissionais de saúde (Whaley, 1999).

Segundo a OE (2013), a dor na criança pode ser representada e expressada das mais diversas formas, devido às especificidades dos diferentes grupos etários. A experiência de dor nas crianças está frequentemente associada ao medo e à ansiedade, fatores que dificultam a

avaliação da dor e também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção mais adequada.

Para a OE (2013) as estratégias não-farmacológicas funcionam como um recurso imprescindível para o alívio da dor. “Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013, p. 17).

Existem diversas medidas não-farmacológicas que podem ser utilizadas no controlo da dor na vacinação da criança. A escolha destas medidas depende dos “recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping* , do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afectiva)” (OE, 2013, p. 17).

Eden (2014) defende que as medidas não-farmacológicas são económicas, adequadas e eficazes, tornando-as técnicas bem-sucedidas de controlo da dor. Schechter *et al.* (2007) afirma que a dor associada à vacinação é uma fonte de ansiedade e angústia para as crianças, para os seus pais e para quem executa o procedimento. O mesmo autor acrescenta que a preparação da criança antes da administração da vacina pode reduzir a ansiedade e a dor resultantes (Schechter *et al.* , 2007).

Vários têm sido os estudos que analisam o impacto e a eficácia da utilização de medidas não-farmacológicas no alívio e na prevenção da dor relativa à administração de vacinas em crianças. No entanto, essa utilização por parte dos enfermeiros nem sempre ocorre no quotidiano dos cuidados.

2.2 – Metodologia

Seguindo o protocolo de revisão segundo a metodologia JBI, definiu-se a questão de investigação com base na classificação PCC (*Population; Concept; Context*): “Qual é a importância da utilização de medidas não-farmacológicas no controlo da dor, na administração de vacinas em Pediatria?” – sendo P - crianças até aos 18 anos de idade, C - Estudos que identifiquem a importância das medidas não-farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros e C - Em qualquer contexto onde se realize vacinação.

Como estratégia de pesquisa, numa primeira fase realizou-se uma pesquisa preliminar no repositório científico de acesso aberto de Portugal e no motor de pesquisa Google, para identificar a literatura cinzenta. Numa segunda fase foi realizada uma nova pesquisa, que assentou nas plataformas SciElo, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e EBSCOhost, que permitiram ajudar a identificar os descritores mais apropriados: *pain management; vaccination; child*.

Para a realização da pesquisa foram utilizados descritores MeSH. A equação de pesquisa utilizada foi o cruzamento dos termos *pain management* (texto completo), AND *vaccination* (resumo) AND *child* (texto completo).

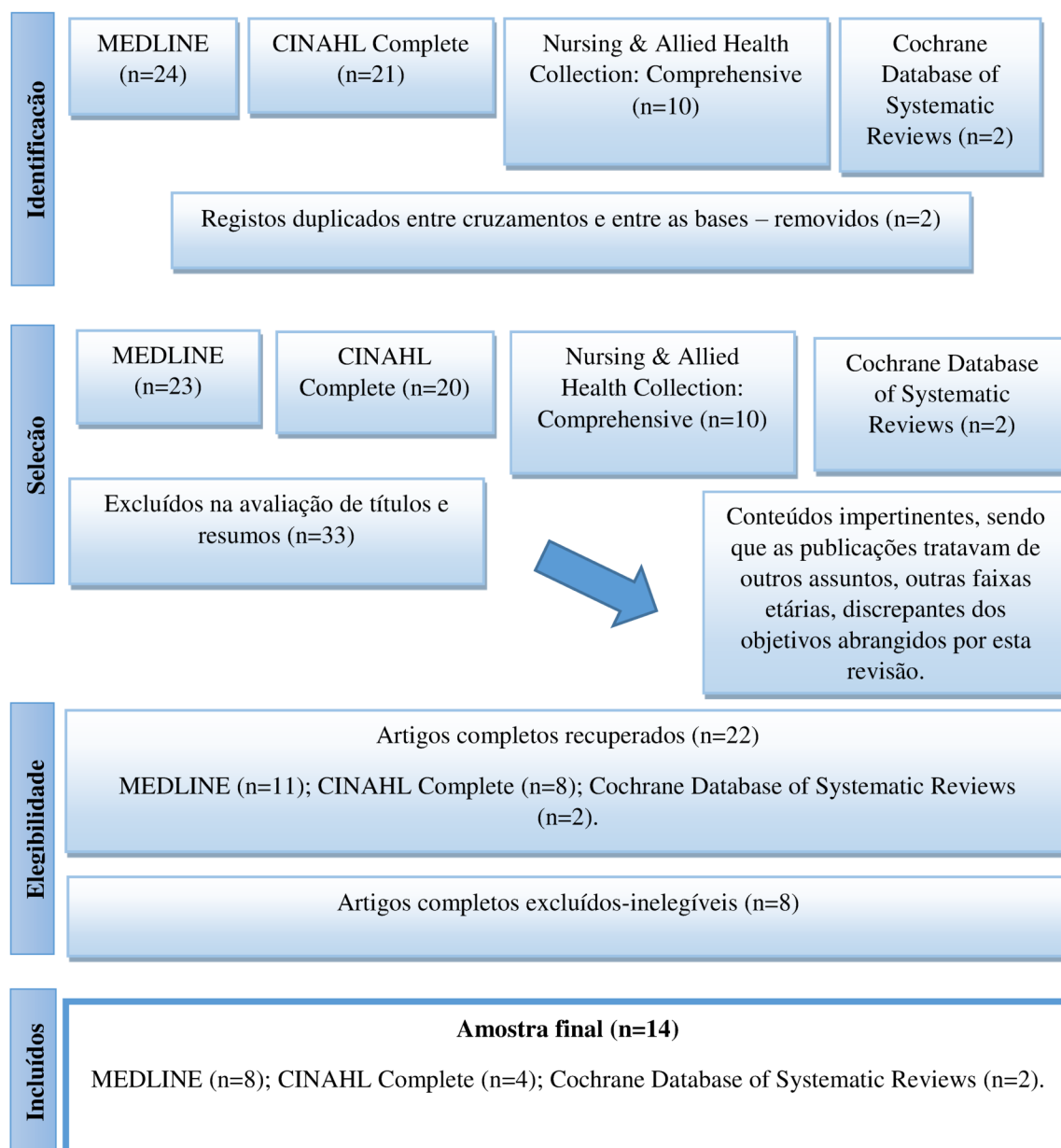
Estabeleceram-se como critérios de inclusão a resposta à questão de investigação, sem restrições quanto ao seu desenho, a publicação nos últimos cinco anos (2013-2018) e a disponibilidade em texto completo nos idiomas português e inglês na plataforma EBSCOhost, nomeadamente nas bases de dados: *MEDLINE, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*, plataformas SciElo e Biblioteca do Conhecimento Online (b-on).

Na seleção das publicações foi utilizado como critério de exclusão a não-presença das palavras-chave no título ou no *abstract*, tendo ainda sido critério eliminatório a repetição das publicações nas diferentes bases de dados, a publicação em idiomas que não os selecionados e o foco noutras faixas etárias.

Esta pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2018.

Emergiram 57 estudos, dos quais dois se repetiam, ficando assim somente 55. Após leitura do título foi excluído um artigo; três foram excluídos por se encontrarem em idiomas não selecionados; e um foi excluído por considerar faixas etárias diferentes das selecionadas. Restavam, deste modo, 50 artigos. Destes, após leitura do resumo, selecionaram-se apenas 22. Por fim, após leitura integral, oito foram excluídos por não responderem de forma clara à questão. Desta forma, foram 14 os artigos analisados (Figura 1).

Figura 1 – PRISMA de processo de seleção de artigos.



2.3 – Resultados

Foi efetuado um resumo dos 14 artigos analisados, sintetizando as ideias-chave que respondiam à questão de investigação (Apêndice II).

Importa referir que os estudos selecionados são maioritariamente de natureza quantitativa, estudos experimentais e revisões sistemáticas de literatura. Dos estudos analisados, e como já referido anteriormente, as medidas não-farmacológicas que mais se destacaram na

vacinação de crianças foram a amamentação, o método canguru, a utilização de sacarose oral e a distração. Outras medidas também mencionadas foram a reflexologia e os ruídos brancos nos RN, a aplicação de gelo no local da vacina nos *toddlers* e o ensino e a preparação prévios relativamente ao procedimento da vacinação na criança a partir da idade pré-escolar, bem como a inclusão dos seus pais.

2.4 – Discussão

Após a análise dos catorze artigos acima elencados, é visível a existência de uma crescente preocupação com a utilização de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor nas crianças, de forma a reduzir a sua ansiedade, a angústia e o medo no procedimento da vacinação.

A vacinação é o procedimento doloroso mais comum na criança (Taddio, A., 2010). A maioria das vacinas é administrada no início da vida. E a experiência de dor nas crianças deve ser prevenida tanto quanto possível (IAC, 2008).

Existe uma grande variedade de medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor que podem ser utilizadas perante a criança submetida a este procedimento. As intervenções devem ser escolhidas tendo em conta as características e as circunstâncias da criança em causa.

Segundo Harrison *et al.* (2016), a amamentação pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação em bebés não só no período neonatal como mais velhos. Durante a vacinação, a amamentação reduz as respostas comportamentais de duração do choro e os resultados de *score* de dor do bebé durante e após o procedimento da vacinação, em comparação com outra intervenção não-farmacológica de alívio da dor.

Castro (2012) acrescenta que amamentar o bebé logo após ele ser vacinado ajuda a superar a dor, e sublinha que o leite materno também reforça a eficácia da vacina.

A amamentação na vacinação é, recorde-se, uma estratégia natural e que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação. Além disso, está facilmente disponível, é simples de usar e não tem custos associados, pelo que pode ser facilmente adotada pelos enfermeiros e/ou pelos pais (Shah, V., *et al.*, 2009; Tansky & Lindberg, 2010). Para reduzir a dor na altura da vacinação deve-se incentivar as mães que amamentam a amamentar os seus bebés nesse momento (Shah, V., *et al.*, 2009; Tansky & Lindberg, 2010). Taddio, A., *et al.* (2009) dizem mesmo que a amamentação deve ser iniciada antes da administração da vacina e que deve continuar durante e após esta – por vários minutos após a última vacina

ser administrada. A pega adequada, que pode demorar cerca de um minuto, deve portanto ser estabelecida antes da vacina (Taddio, A., *et al.*, 2009).

Goswam, G., *et al.* (2012) concordam com os autores supracitados, recordando ainda que a glicose a 25% também atua como analgésico em crianças com menos de três meses de idade submetidas à vacinação. Lima, A., *et al.* (2016) acrescentam que o uso de glicose a 25% antes do procedimento de vacinação é extremamente eficaz no alívio da dor aguda dos RN, registando pontuações duas vezes menores na escala NIPS e um tempo mais curto de choro quando em comparação com RN vacinados a quem não foi oferecida a mesma solução. Yilmaz, G. *et al.* (2014) corroboram a opinião dos autores anteriores, acrescentado que a solução de sacarose reduz o sofrimento infantil e é, como anteriormente referido, segura e clinicamente útil em crianças de 16 a 19 meses de idade.

A distração antes da vacinação e durante e após esta, bem como o envolvimento dos familiares no processo, também são medidas descritas nos estudos analisados. Estes resultados são concordantes com os de outros estudos já desenvolvidos, que apontam para a importância das técnicas da distração e do envolvimento dos pais (Czarnecki, M., *et al.*, 2011).

A musicoterapia é outra das formas de distração mencionadas. Kucukoglu, S. *et al.* (2016) concluíram que a música na UTIN é uma medida não-farmacológica eficaz para o controlo da dor causada por procedimentos invasivos, como a vacinação, e tem uma aplicação simples, barata e não-invasiva. A utilização da realidade virtual, segundo Arane, K., *et al.* (2017), é mais eficaz em crianças de 7 a 19 anos, em comparação com a distração sem ser com realidade virtual e a aplicação de um anestésico tópico. Os mesmos autores realçam o facto de que a eficácia da realidade virtual pode ser verificada através da sua utilização de forma isolada ou em combinação com outras medidas não-farmacológicas.

Outra técnica utilizada é a distração (e provavelmente ainda a mais comum), que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. Pode ser aplicada a crianças de qualquer idade, desde que se realize em conformidade com o seu nível de desenvolvimento (Czarnecki, M., *et al.*, 2011).

A massagem no local da administração da vacina foi também uma estratégia utilizada pelos enfermeiros nos estudos analisados nesta *scoping*. Este procedimento auxilia no alívio da dor durante o ato da vacinação, lembram a DGS (2011) e Neethu, A. (2015) – que refere que a aplicação de gelo no local onde será administrada a vacina pode ser uma eficaz medida não-farmacológica de alívio da dor na vacinação de crianças de 15 a 18 meses.

A reflexologia, também alvo de um dos estudos aqui em destaque, é uma estratégia que surge de forma inovadora. Segundo os autores Tuba Koç *et al.* (2015), terá ainda de ser mais estudada e testada, de forma a realçar e reforçar a sua eficácia. No estudo, os autores frisam que a reflexologia permite aos bebés relaxarem antes e depois do procedimento da vacinação e que é eficaz no alívio da dor.

Por seu turno, Johnston, C., *et al.* (2017) e Tansky & Lindberg (2010) destacam o método canguru, principalmente no momento da recuperação do procedimento doloroso. Neste mesmo sentido, Leite, A., *et al.* (2015) analisam o contacto pele-a-pele e amamentação, defendendo que a conjugação destas duas medidas promove resultados mais satisfatórios que a utilização de ambas em separado. Taddio, A., *et al.* (2009) referem uma opinião paralela, lembrando que o alívio da dor é maior quando se combinam várias estratégias, pelo que os prestadores de cuidados de saúde devem ser encorajados a promover essa combinação, a incluir os pais e a coordenar muitas dessas estratégias. Os pais podem, por exemplo, preparar os filhos, aplicar anestésicos tópicos, transportar objetos que ajudem a distrair a criança, treiná-la com a técnica de respiração profunda ou auxiliar na sua imobilização (Taddio, A., *et al.*, 2009).

Outra medida também explorada nos estudos analisados é a preparação prévia da criança face ao procedimento da vacinação. As vacinas injetáveis constituem uma fonte de angústia para as crianças, os pais e quem as administra (Taddio, A., *et al.*, 2009), que se não for prevenida pode levar à ansiedade e à não-adesão à vacinação no futuro. Estima-se que cerca de 25% dos adultos têm medo de agulhas e que este medo se desenvolveu maioritariamente na infância (Taddio, A., *et al.*, 2009). Kajikawa, N., *et al.* (2014) escrevem no mesmo sentido, afirmando que a preparação é eficaz na redução da ansiedade e da dor nas crianças. No seu estudo, estes autores concluíram que ao verem agulhas, ao tocá-las e ao manipulá-las as crianças em idade escolar compreendiam a sua dinâmica, a utilização e o fim. Eventos de aprendizagem com agulhas para crianças em idade escolar revelaram-se deste modo eficazes para reduzir o medo de agulhas e contribuir para o aumento da motivação das crianças para serem vacinadas (Kajikawa, N., *et al.*, 2014).

Pontes, J. *et al.* (2015) frisam, como já referido, que a preparação prévia em crianças entre 3 e 6 anos face ao procedimento da vacinação é essencial. Os autores acima defendem a utilização de brinquedos terapêuticos para a preparação das crianças, de forma a que estas tenham a oportunidade de lidar com a experiência dolorosa antes de a vivenciarem na realidade. Assim, e ao reduzir o medo e a ansiedade da criança, melhorando o seu humor, o brinquedo terapêutico propicia o alívio da dor (*idem*). As autoras recomendam por isso que

se utilize o brinquedo terapêutico na prática cotidiana e nos diferentes contextos de atendimento à criança. Esta confia em quem brinca com ela, sentindo-se compreendida e à vontade para reagir livremente, sem medo de represálias por parte do profissional (idem).

Os estudos analisados realçam a importância da utilização de medidas não-farmacológicas no procedimento da vacinação de crianças. É descrito que a sua utilização promove a diminuição do tempo de choro, a redução do *score* de dor, a diminuição da frequência cardíaca e o aumento da saturação de oxigênio. Algumas medidas utilizadas são descritas como potenciadoras de efeito analgésico ou mesmo como atuando como analgésico no procedimento doloroso. Com a utilização destas medidas não-farmacológicas a criança torna-se mais colaborante e sente-se menos ansiosa e com menos medo face ao procedimento da vacinação.

É de realçar que a utilização destas medidas contribui para a diminuição do stress da criança, sendo elas simples, económicas, não-invasivas e promotoras de uma redução da duração do tempo da hospitalização. A sua utilização tem um impacto real, na promoção do conforto, nas crianças submetidas ao procedimento da vacinação.

Tabela 2- Importância/benefícios da utilização das medidas não-farmacológicas na vacinação

Medidas não-farmacológicas	<u>Amamentação</u>	<u>Administração de sacarose</u>	<u>Método canguru</u>	<u>Musicoterapia</u>	<u>Distração</u>
Benefícios da sua utilização no alívio da dor	- Diminuição do tempo de choro; - Redução do <i>score</i> de dor.	- Diminuição do tempo de choro; - Redução do <i>score</i> de dor.	- Redução do <i>score</i> de dor; - Conjugação com a amamentação pode potenciar o efeito analgésico.	- Aumento da saturação de oxigênio; - Diminuição da frequência cardíaca; - Diminuição da pressão arterial; - Redução do <i>stress</i> ; - Redução da duração do tempo de hospitalização do bebé.	- Redução da ansiedade; - Redução do <i>score</i> de dor; - Redução do medo; - Aumento da motivação para o procedimento; - Melhoria do humor.

2.5 – Conclusão

Como já referido, a perceção da dor e a sua manifestação variam de pessoa para pessoa. As crianças são, habitualmente, mais vulneráveis à dor do que os adultos. Apesar da crescente preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com o controlo da dor na criança em procedimentos dolorosos, como a vacinação, ainda existe um considerável número de crianças que sente um elevado nível de dor durante este procedimento.

O alívio da dor fez sempre parte do cuidar em enfermagem. No entanto, os enfermeiros nem sempre a conseguem aliviar adequadamente. No caso das crianças em particular, um motivo para isso acontecer passa por os enfermeiros por vezes não valorizarem a dor que estas sentem. Por outro lado, e em termos mais gerais, passa também por a aceitarem como fazendo parte da doença e do tratamento, por falta de tempo ou de recursos e por falta de formação sustentada e baseada em provas científicas atuais.

O controlo da dor é um direito da criança e um dever do enfermeiro. Assim, e no caso aqui analisado em específico, devem ser implementadas diversas medidas não-farmacológicas, de forma a prevenir ou diminuir a dor e com o objetivo de potenciar o conforto da criança e da sua família.

O uso de medidas não-farmacológicas em crianças tem múltiplos benefícios, que se revelam em diversos quadros – nomeadamente no da vacinação.

Ao promover o conforto da criança, vai-se ao encontro da Teoria do Conforto de Kolcaba, que refere que se devem prestar cuidados de forma holística. Neste sentido, ao utilizar as medidas não-farmacológicas descritas nesta revisão *scoping* para o alívio da dor na vacinação da criança e do jovem o enfermeiro contribui para a promoção do conforto destes, bem como da sua família. É assim possível atingir os três tipos de conforto preconizados pela autora: alívio (a necessidade de conforto é atendida), tranquilidade (promoção de calma e satisfação) e transcendência (estado que se eleva acima da dor ou do problema). Estes tipos de conforto surgem nos quatro contextos também preconizados por Kolcaba (2003): físico (como por exemplo a redução/prevenção da dor, que minimiza as sensações corporais de agressão e potencia a homeostasia da criança/do jovem), psicoespiritual (p. ex., a promoção da autoestima e do autoconceito da criança/do jovem através do alívio da dor), sociocultural (a colaboração dos pais na execução das medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, que permite o reforço da relação familiar, de confiança e partilha, p. ex.,) e ambiental (p. ex., a promoção de um ambiente calmo e tranquilo pelo enfermeiro no procedimento da

vacinação, que potencia junto da criança/do jovem uma experiência de conforto e de ser confortado).

É relevante a realização de mais estudos sobre a importância da utilização de medidas não-farmacológicas no controlo da dor no momento da vacinação da criança. Será importante nomeadamente realizar estudos a nível nacional, com o objetivo de valorizar estas medidas, demonstrar como podem ser aplicadas, explicar a que faixas etárias são mais adequadas e aferir como é que os enfermeiros podem incluir os pais na sua utilização. Estes estudos podem, igualmente, contribuir para que estas medidas comecem a ser utilizadas por todos os enfermeiros de uma forma sistemática, padronizada e tendo em conta a sua intencionalidade terapêutica.

Com esta revisão, pretende-se ainda reforçar a importância do papel do enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, que deve reavaliar a prática, estimular a mudança de comportamentos e promover a formação contínua dos enfermeiros e da restante equipa multidisciplinar, contribuindo para o conforto, a segurança e a confiança da criança e da sua família, garantindo a excelência dos cuidados prestados.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO CONTEXTO FORMATIVO

O presente capítulo pretende abordar de forma reflexiva o percurso realizado durante os estágios realizados. O capítulo encontra-se dividido em subcapítulos referentes a cada estágio, onde serão apresentados o contexto de estágio, o diagnóstico de situação realizado, os objetivos específicos delineados e as atividades desenvolvidas. Por fim, será analisado todo o percurso de aprendizagem e as competências do EE e do EEESIP adquiridas.

As Unidades Curriculares que integraram os estágios realizados ao longo deste percurso, e que decorreram no ano letivo 2017/2018, foram: “A saúde da criança/da família – Vigilância e Decisão Clínica”, onde se desenvolveu o estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, e a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, onde o estágio contemplou três contextos distintos: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Internamento Pediátrico e Serviço de Urgência Pediátrica.

Foram sempre tidos em atenção os pilares da Enfermagem Pediátrica, a parceria de cuidados, os cuidados atraumáticos e os cuidados centrados na família, de maneira a mobilizar recursos para cuidar “da criança/jovem e da família nas situações de especial complexidade” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19192).

Todos os estágios permitiram a consolidação, a integração e a aquisição de novos conhecimentos quer ao nível do percurso formativo quer na prática profissional. Foi essencial refletir sobre as práticas e as experiências vividas, conduzindo ao desenvolvimento e à aquisição de competências do EE e especificamente do EEESIP.

A minha atuação enquanto futura EEESIP, ao longo dos diversos estágios, centrou-se na promoção do conforto da criança/do jovem e da família.

Nos vários contextos de estágio, foi dada atenção aos pressupostos definidos pela Teoria de Conforto de Kolcaba, para prestar “cuidados de nível avançado, com segurança,

competência e satisfação da criança e suas famílias”. (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19192).

Toda a minha atuação foi orientada pela Deontologia Profissional do Enfermeiro, na medida em que todas as atividades desenvolvidas tiveram em conta a defesa da dignidade da pessoa humana, considerando sempre o alívio da dor e do sofrimento da criança, do jovem e da sua família, primando sempre pelo princípio da beneficência e não maleficência. (OE, 2015).

Os objetivos gerais definidos para todos os contextos de estágio foram: desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança e da família, enquanto EEESIP; e promover a utilização de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor e o conforto da criança, enquanto EEESIP.

3.1 – A Saúde da Criança e da Família – Vigilância e Decisão Clínica: Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Este estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em modelo A, pertencente ao ACES Amadora, num total de 180 horas presenciais. Esta USF constituiu-se como Unidade de Saúde Familiar em janeiro de 2013, assumindo a prestação de cuidados de saúde globais aos utentes nela inscritos e servindo a população, residente prioritariamente no concelho da Amadora. A equipa que integra esta USF é uma equipa multidisciplinar de dez médicos, dez enfermeiros, cinco assistentes técnicos e oito administrativos.

Segundo a OE (2008, p. 5), “os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham”.

Os enfermeiros prestam cuidados de saúde primários, sendo os principais responsáveis por estes e sustentando a relação entre a comunidade e todo o sistema de cuidados de saúde (OE, 2008).

De acordo com o artigo 4.º do decreto-Lei n.º298/2007, as USF têm como missão “a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade de cuidados”. Nas USF os utentes são inscritos por famílias, sendo cada família atribuída a um médico e a um enfermeiro de família.

Tal como refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da OE (2018), o EEESIP trabalha em

parceria com a criança e a sua família, em qualquer contexto do cuidar, a fim de promover o mais elevado estado de saúde possível (regulamento n.º 422/12 de julho, 2018).

Neste sentido, privilegiando os cuidados à família, a saúde infantil é e extrema relevância na prestação de cuidados de saúde numa USF, tendo o EEESIP um papel relevante na prestação de cuidados à criança/ao jovem e à sua família – nomeadamente ao nível de: avaliação e promoção do desenvolvimento, dando orientação antecipatória às famílias para potenciar o melhor desenvolvimento infantil; gestão do bem-estar da criança; deteção precoce e encaminhamento de situações potencialmente graves; e promoção da autoestima do adolescente e da sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2011). Por todos os motivos acima elencados considere o contexto de USF como tendo grande potencial para o desenvolvimento das minhas competências.

Durante os primeiros turnos na USF procurei integrar-me na equipa de saúde e compreender a dinâmica e a organização da instituição. O diagnóstico de situação foi elaborado através da observação participada nas consultas de Saúde Infantil e Vacinação e de realização de reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora. Durante a vacinação de crianças, verifiquei que a dor não era avaliada. As medidas não-farmacológicas para o alívio da dor mais utilizadas eram a distração e o reforço positivo após o procedimento; no entanto, por vezes eram realizadas apenas de forma intuitiva, sem uma fundamentação lógica.

Este diagnóstico de situação conduziu a uma reflexão sobre as necessidades da criança e da família e também dos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados à criança submetida ao procedimento da vacinação.

As necessidades da criança e da família são visíveis, visto o procedimento da vacinação constituir um momento desagradável e de stress. Os profissionais de enfermagem desta USF reconheceram a utilização de algumas medidas não-farmacológicas neste procedimento específico e referiram acreditar que podem melhorar nesta área de intervenção.

Com base nesta análise e no diagnóstico de situação, concluí que seria benéfica a realização de uma reflexão/discussão, individual e conjunta, sobre a dor na criança, os seus riscos e as suas consequências. Seria igualmente importante a introdução de medidas de prevenção e controlo da dor na criança durante procedimentos dolorosos, especificamente na vacinação, fomentando o reforço dos conhecimentos dos profissionais de enfermagem e promovendo o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Assim, foram estabelecidos objetivos que fossem ao encontro do meu projeto de aprendizagem mas também das metas da USF, das necessidades da população infantil e das necessidades formativas da equipa de enfermagem.

Como primeiro objetivo específico, foi definido “desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados às crianças e à sua família, no âmbito dos cuidados de saúde primários”.

De acordo com o PNSIJ, a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à sua família em contexto comunitário é considerada uma área de intervenção privilegiada na promoção do desenvolvimento infantil, na prestação de cuidados antecipatórios, no cumprimento do PNV, na deteção precoce, no acompanhamento e no encaminhamento da criança/do jovem e na articulação entre projetos e estruturas (DGS, 2013). Assim, a definição deste objetivo partiu das necessidades formativas individuais e da observação participada no contexto da prestação de cuidados numa USF.

A prestação de cuidados nesta unidade permitiu-me a realização de procedimentos como a vacinação, a avaliação do desenvolvimento, a realização de ensinamentos ou a deteção de sinais de alerta e de situações desviantes dos comportamentos de saúde e o seu respetivo acompanhamento. Sendo o meu contexto de trabalho em meio hospitalar, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, este estágio permitiu-me refletir sobre a importância dos cuidados prestados na comunidade e no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, nomeadamente no cuidado aos pais antes do nascimento do seu filho.

O cuidado de enfermagem à família inclui trabalhar com os pais antes do nascimento da criança, para uma melhor preparação do futuro e daquilo que poderão vir a enfrentar, o que não é possível fazer no meu contexto de trabalho – mas considero ser uma excelente intervenção nos cuidados antecipatórios, sendo sem dúvida uma mais-valia para o meu trabalho em meio hospitalar. Como tal participei em algumas sessões do Curso da Parentalidade, promovido pelo ACES da Amadora. O meu maior contributo passou pela colaboração, de forma informal, na sessão de esclarecimento sobre a temática da amamentação. Segundo a DGS (2012), um grande benefício da amamentação é ser uma preciosa medida não-farmacológica no alívio da dor dos RN e latentes. A amamentação “combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico” (DGS, 2012, p. 9), levando a uma redução das respostas da dor mediada pelo sistema opióide endógeno e à promoção do conforto do RN e da sua mãe.

A prestação de cuidados à criança/à família em contexto de AM enquadra-se numa das funções do EEESIP, pois a este compete promover a “vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19194), e, por conseguinte, “promover a amamentação” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19194). Para evidenciar a

importância da promoção da amamentação e nomeadamente do papel preponderante do EEESIP nos Cursos de Parentalidade, elaborei uma análise reflexiva sobre o tema, que se encontra no Apêndice III.

Como segundo objetivo específico, foi definido “implementar uma estratégia de assistência sistematizada que implique a formação dos enfermeiros sobre a avaliação da dor e a utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor nas crianças durante a vacinação”. A vacinação é um procedimento breve mas doloroso e é vivido pelas crianças como um momento de grande ansiedade e angústia (Faria, 2012).

A avaliação da dor é fundamental e engloba duas componentes essenciais: a identificação e a quantificação (Batalha, 2010). Para uma avaliação correta da dor é necessário identificar corretamente quais os estímulos que a provocam, quais os fatores agravantes e de alívio, o seu tipo, a localização, a duração e a intensidade (Batalha, 2010).

A avaliação da dor em pediatria é caracterizada pela sua complexidade e subjetividade. A incapacidade da criança comunicar de forma eficaz e exata a sua dor é o grande obstáculo da avaliação desta em pediatria (Batalha, 2010). Para superar este obstáculo, é essencial o uso de escalas de avaliação da dor, uma forma segura e eficaz de avaliar este fenómeno. Sabe-se que os instrumentos de avaliação da dor devem “ser válidos e fiáveis, práticos e com utilidade clínica comprovada, adequados à idade da criança” (Batalha, 2010, p. 27). As escalas podem ser classificadas em escalas de auto ou heteroavaliação. Nas escalas de autoavaliação é essencial que a escolha seja adequada à idade (Batalha, 2010), para que a criança compreenda e possa classificar a sua dor corretamente. Já as escalas de heteroavaliação (comportamentais ou compostas) são as que apresentam um relato da dor mais fidedigno no caso de crianças que não falam ou não são capazes de realizar a autoavaliação (Batalha, 2010).

Por este motivo, de maneira a atingir o objetivo delineado, elaborei um auxiliar de memória, com a compilação das escalas que mais se adequavam ao contexto da USF (Apêndice IV) para serem distribuídas por todos os enfermeiros e médicos, de forma a promover a avaliação da dor por parte destes.

Após a avaliação, é necessário implementar medidas para o controlo da dor. A utilização de medidas não-farmacológicas pode levar a uma mudança no significado da dor, através da “reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor” (OE, 2013, p. 17). A implementação destas medidas contribui para a diminuição do medo, da ansiedade e da depressão (OE, 2013). São classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou

periféricas, de suporte emocional e ambientais e a sua utilização é extremamente importante numa dor ligeira a moderada (OE, 2013).

Desta forma, “as estratégias não-farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (OE, 2013, p. 36). A seleção e utilização são efetuadas de acordo com os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estágio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto (OE, 2013). Assim, é essencial que o EEESIP faça uma avaliação correta e eficaz da dor, tendo em atenção o estágio de desenvolvimento da criança para selecionar a medida não-farmacológica mais adequada.

Neste sentido, e para atingir o objetivo acima descrito, realizei uma sessão de formação junto dos enfermeiros e médicos da USF, com o título “Medidas Não-Farmacológicas para o Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem” (Apêndice VI). Para esta formação elaborei um plano de sessão de formação (Apêndice V). Produzi igualmente um desdobrável para enfermeiros e médicos (Apêndice VII) sobre as medidas não-farmacológicas no alívio da dor na vacinação nos grupos etários 0-18 meses, 5-6 anos e 10-13 anos, que foi entregue no dia da sessão de formação, como reforço dos conteúdos abordados.

Os vários artigos científicos analisados na *scoping review* e que integraram a formação realizada, bem como todos os trabalhos que elaborei (desdobrável realizado, cartaz informativo e norma de procedimento), foram compilados na pasta partilhada da USF, com o objetivo de serem uma mais-valia para a equipa, no sentido de melhorar a sua prestação na atuação perante a dor, a utilização de medidas não-farmacológicas no alívio desta e a promoção do conforto da criança/do jovem, bem como a integração de novos elementos e alunos de enfermagem neste âmbito.

Segundo Barros (2010) as crianças que não são preparadas previamente apresentam níveis de ansiedade mais elevados perante um procedimento doloroso. Segundo o mesmo autor o medo e a ansiedade potenciam sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor – quanto maior a ansiedade maior a perceção de dor (Barros, 2010). A colaboração dos pais é essencial para a promoção do conforto dos seus filhos face aos procedimentos dolorosos. Para tal é necessário que estejam calmos, sejam honestos e preparem a criança para a vacinação. Esta preparação prévia tem como finalidade reduzir a ansiedade das crianças e, por sua vez, a sua dor. Os pais devem ter em conta as diferentes reações que a criança pode apresentar, bem como a personalidade de cada uma. Para dar resposta a esta necessidade, elaborei um cartaz informativo: “Pai, Mãe, não temos medo das vacinas!” (Apêndice VIII), que foi afixado na sala de espera, em frente à sala de vacinação, e que de uma forma muito

sumária incentiva os pais a preparem as crianças para a vacinação, desmistificando este procedimento. A avaliação da eficácia da afixação do cartaz na sala de espera não pôde ser avaliada, pois acabou por ser só afixado no término do estágio, após aprovação da Sra. Enfermeira-Chefe da USF.

A avaliação de parte das atividades realizadas foi levada a cabo de forma informal pela Sra. Enfermeira Orientadora e pela Sra. Enfermeira-Chefe, que referiram que os materiais criados foram instrumentos úteis para a promoção da avaliação da dor pelos enfermeiros durante a realização da vacinação e um incentivo à utilização de medidas não-farmacológicas de alívio da dor pelos profissionais de saúde.

A avaliação da sessão de formação “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem” foi realizada através de um questionário de avaliação da sessão e do formador por parte dos formandos (Apêndice IX) e o resultado revelou-se extremamente positivo (Apêndice X).

A avaliação da sessão de formação realizada junto da equipa de enfermagem e médica da USF revelou-se muito positiva, pois 75% dos formandos respondeu “concordo totalmente”, e relativamente ao formador a média das respostas foi “muito bom”. Considero que a avaliação global da formação foi de “muito bom”, dadas as respostas efetuadas pelos formandos.

Como terceiro e último objetivo específico, foi definido “colaborar no planeamento e na execução dos projetos implementados na USF”.

Uma das medidas não-farmacológicas mais descrita na literatura, nomeadamente na presente na revisão *scoping* que elaborei, e mais utilizada em crianças até um ano de idade é a sacarose a 24%. Tem-se verificado que a sua utilização promove uma expressão facial de tranquilidade do RN e/ou a diminuição do tempo de choro. Sabe-se que essa ação analgésica só ocorre quando as soluções adoçadas são colocadas na porção anterior da língua e são associadas à sucção (OE, 2013).

Por não existir sacarose a 24% e por a equipa de enfermagem considerar ser uma medida não-farmacológica com potencial para a realidade da USF, dei a conhecer à Sra. Enfermeira Orientadora e à Sra. Enfermeira-Chefe os artigos que integraram a *scoping review*, nomeadamente aqueles que espelhavam a eficácia da utilização de sacarose a 24% e da glicose a 30% na redução e na prevenção da dor na vacinação de crianças, com o objetivo de reforçar a sua eficácia e importância. Após contactar o departamento que fornecia os fármacos à USF, constatou-se que não era possível disponibilizar sacarose a 24%, visto não existir, mas sim glicose a 30% (que, recorde-se, apresenta o mesmo nível de eficácia

comprovado). Uma vez que nem toda a equipa de enfermagem estava familiarizada com esta medida e muitos desconheciam a sua real eficácia, bem como a sua efetiva ação na criança, foi elaborado um desdobrável, que foi entregue à equipa de enfermagem no dia da sessão de formação realizada na USF sobre “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação Utilizada em Crianças até 1 ano” (Apêndice XI). Foi elaborada igualmente uma proposta de norma de procedimento sobre a utilização da “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação Utilizada em Crianças até 1 ano” (Apêndice XII). A elaboração desta norma de procedimento veio dar resposta a um projeto da USF, que consistia na realização de normas de procedimento para todos os procedimentos de enfermagem realizados, no sentido de serem documentados à luz da evidência científica atual, fundamentados e de fácil acesso a todos os elementos da equipa, para uma uniformização dos cuidados prestados.

Face ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível desenvolver o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma e contínua.

Reportando para o referencial teórico da Teoria de Conforto de Kolcaba, com a utilização de variadas estratégias neste estágio foi possível promover o alívio e a tranquilidade, tanto ao estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e a família como na utilização de medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor na vacinação.

A implementação destes dois pressupostos foi conseguida pela redução da dor durante a vacinação, através das medidas não-farmacológicas utilizadas, tendo em conta a faixa etária da criança e os seus interesses. A musicoterapia demonstrou ser bastante útil na faixa etária dos adolescentes; já a distração foi uma medida utilizada sempre em conjunto com outras, demonstrando-se ser benéfica para o alívio da dor no procedimento da vacinação nos *toddler*, pré-escolares, escolares e adolescentes. A promoção da consciencialização dos pais para a importância da preparação das crianças para a vacinação permitiu a promoção da tranquilidade destes, bem como a sua participação na implementação de medidas de alívio da dor face ao procedimento acima referido. Existiu assim uma minimização da ansiedade e do medo, e conseqüentemente promoveu-se a calma, das crianças e dos pais, nos vários contextos, nomeadamente no procedimento da vacinação.

Os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, e a concretização das atividades, tendo sempre em conta o recurso à evidência científica, permitiu a reflexão pessoal e a possibilidade de aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências do EE e do EEESIP, que “promove o crescimento e o desenvolvimento

infantil”, “transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil”, “promove a vinculação”, “promove a amamentação”, “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família”, “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. “(Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, pp. 19193-19194).

As atividades desenvolvidas permitiram-me igualmente aprimorar competências ao nível da colaboração da integração de novos profissionais e da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, através de documentos que foram deixados no serviço, e da promoção da formação em serviço na área de especialização, sendo possível assim desenvolver competências de mestre, nomeadamente “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial especializada e da sua experiência profissional e pessoal”, “comunicar os resultados da (...) aprendizagem clínica e de investigação aplicada” e “refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com a comunidade” (UCP, 2018, p. 6). Por outro lado, também foi possível reconhecer a importância do EEESIP numa USF, promovendo o crescimento e o desenvolvimento da criança/do jovem em parceria com a família, a deteção precoce de necessidades especiais de saúde e a articulação com os serviços hospitalares e os recursos da comunidade.

3.2 – Estágio Final e Relatório

3.2.1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um Hospital Central de Lisboa, num total de 115 horas presenciais. Esta UCIN caracteriza-se por ser uma unidade medicocirúrgica que recebe RN sujeitos a grandes cirurgias neonatais e RN internados por prematuridade, com internamentos prolongados. Fornece assistência a RN até um mês de vida, que provêm de outros hospitais da região sul do país e das regiões autónomas, que não têm capacidade de resposta para situações de cirurgia ou de alto risco

de vida para o RN. É composta por 16 vagas, sendo oito para cuidados intermédios e oito para cuidados intensivos. A equipa multidisciplinar é composta por uma Enfermeira-Chefe, 34 enfermeiras (dez das quais EE), dez médicos neonatologistas, seis assistentes operacionais, uma equipa de fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta da fala, uma dietista e uma assistente social. O método de trabalho que caracteriza esta UCIN é o individual – a cada RN são atribuídos um médico e dois enfermeiros de referência.

Este estágio desenvolveu-se em contexto profissional, pelo que a estrutura física, a dinâmica e as vivências do RN/da família na UCIN já eram conhecidas. Esta UCIN foi escolhida por ser uma unidade com grande potencial para aprofundar o meu projeto de mestrado, permitindo-me esta opção igualmente responder a algumas necessidades internas.

O método utilizado para identificação do diagnóstico de situação foi a observação e a experiência pessoal sobre as necessidades de intervenção na unidade. Também a discussão em equipa, nomeadamente com Sra. Enfermeira Orientadora, foi fundamental para a identificação e o estabelecimento do diagnóstico de situação. Desta forma, o enfoque deste estágio manteve-se na promoção do conforto do RN e da família.

Na UCIN a promoção do conforto e a avaliação da dor do bebé pelos enfermeiros são uma realidade presente nos cuidados prestados. Após o diagnóstico de situação, em reunião com a Sra. Enfermeira Orientadora, concordámos ser benéfico o desenvolvimento da temática do posicionamento terapêutico como promotor do conforto e como medida de alívio da dor nos RN.

Como primeiro objetivo específico, foi definido “realizar formação à equipa de enfermagem sobre o posicionamento terapêutico do RN na UCIN”.

Nesta unidade, a abordagem de cuidados centrados na família é feita essencialmente segundo a filosofia do *Newborn Individual Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), em que se preconizam a avaliação do RN, a coordenação dos cuidados, um meio ambiente tranquilo, a consistência nos cuidados colaborativos, o agrupamento de cuidados estruturados para as 24 horas, o **posicionamento adequado**, oportunidades para o contacto pele-a-pele, o suporte individualizado para a alimentação e o conforto da família (Santos, 2011).

Brazelton (2006) refere que a prestação de cuidados baseados na filosofia NIDCAP possibilita uma estabilização rápida do RN e ao mesmo tempo proporciona um precoce envolvimento e a participação dos pais no processo de cuidados.

Tendo a UCIN um ambiente potencialmente agressivo para a díade, o programa NIDCAP é implementado no sentido de satisfazer as necessidades de conforto do RN e da família. Como

exemplos de estratégias utilizadas eficazmente surgem a contenção com recurso a materiais apropriados e o posicionamento (Cardoso, *et al.*, 2006).

Com base nesta análise e tendo em conta que a equipa de enfermagem da UCIN contou com a chegada recente de novas enfermeiras, concluímos que seria benéfica a realização de uma reflexão/discussão, individual e conjunta, sobre o adequado posicionamento terapêutico do RN na UCIN, como promotor de conforto, medida de prevenção e controlo da dor do RN durante procedimentos dolorosos e elemento de prevenção de complicações que interferem com o desenvolvimento infantil.

Neste sentido, para atingir o objetivo acima descrito, realizei uma sessão de formação junto das enfermeiras, com o título “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN” (Apêndice XIV). Para esta formação foi elaborado um plano de sessão de formação (Apêndice XIII). Esta sessão teve como principal objetivo potenciar o conhecimento das profissionais de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de competências neste âmbito.

A avaliação da sessão de formação foi realizada através de um questionário de avaliação sobre a sessão e o formador (Apêndice XV) e o resultado revelou-se extremamente positivo (Apêndice XVI) – a maioria das respostas foi “concordo totalmente”, e relativamente ao formador a média das respostas foi “muito bom”. Considero por isso que a avaliação global da formação foi “muito bom”, dadas as respostas obtidas. Foi igualmente mencionado oralmente pelos formandos que a componente prática da sessão de formação, apesar de curta, foi de grande importância para o esclarecimento de dúvidas e para o aprofundamento de algumas questões mais específicas. Foi sugerido que esta formação fosse repetida periodicamente ao longo do ano, o que acabou por acontecer posteriormente, após o término do período de estágio.

Como segundo objetivo específico, foi definido “colaborar no planeamento e na execução dos projetos implementados na UCIN”.

Na unidade todos os elementos da equipa de enfermagem integram grupos de trabalho, que possuem como objetivos o desenvolvimento e a fundamentação de um tema específico, a atualização de acordo com a evidência científica, a divulgação e a implementação na equipa, a uniformização ao nível de escolha de focos, o registo no sistema informático, no processo de cada RN, de diagnósticos e intervenções, a execução de auditorias anuais, a divulgação junto da equipa dos resultados obtidos e por fim a apresentação de propostas de melhoria.

Em agosto de 2018, fui convidada a participar no projeto “Posicionamento Terapêutico na UCIN”, por uma colega que já faz parte deste há alguns anos. Segundo a OE, “porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral,

e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade” (OE, 2001, p. 9). Desta forma, “o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2001, p. 9).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem englobam como enunciado a prevenção de complicações, e a prática do posicionamento terapêutico do RN internado na UCIN pode ser claramente aí integrada. De facto, para além da promoção de bem-estar e conforto, o adequado posicionamento terapêutico pretende efetivamente a prevenção de complicações futuras no desenvolvimento neuromotor das crianças.

Este projeto dá resposta a elementos descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente: identificar precocemente os problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência; implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; e responsabilizar o enfermeiro pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e que delega (OE, 2001).

Segundo a OE, “(n)o processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2011, p. 12). Assim, é essencial as equipas de enfermagem de todos os serviços procurarem desenvolver os seus cuidados à luz dos padrões de qualidade definidos para a profissão.

Como tal, um dos meus contributos para este projeto foi a realização de uma proposta de documento escrito com a definição dos elementos de avaliação para as auditorias anuais de qualidade relativamente ao projeto “Posicionamento Terapêutico na UCIN”. O documento elaborado encontra-se no Apêndice XVII. A avaliação e a implementação não foram realizadas durante o estágio, visto que tanto a colega que colaborou neste projeto como a Sra. Enfermeira-Chefe estavam ausentes, em férias. Foi apenas alvo de avaliação informal da Sra. Enfermeira Orientadora, ficando assim elaborada uma proposta para as auditorias de 2019, que ficou a aguardar aprovação.

Como terceiro objetivo específico, foi definido “capacitar os pais para a promoção de conforto do seu filho, através de formação a estes sobre o correto posicionamento dos RN”. Face à hospitalização de um RN numa UCIN é fundamental o desenvolvimento do papel parental, que se encontra comprometido no momento, cabendo ao EEESIP promover este processo.

Araújo e Rodrigues (2010) defendem que é importante o enfermeiro desenvolver uma interação efetiva com os pais, promovendo a sua participação nos cuidados.

Neste estágio, para conseguir integrar os pais nos cuidados ao RN e para lhes transmitir algumas medidas de promoção de conforto que poderiam implementar, realizei formações individuais e informais a três casais, com o objetivo de explicar como se realiza um adequado posicionamento terapêutico, quais os seus objetivos e benefícios e como o seu contributo é fundamental para a promoção da vinculação com o seu filho e para o conforto deste. Para espelhar o trabalho realizado, bem como o feedback que os pais transmitiram face a esta iniciativa, realizei uma análise reflexiva que se encontra no Apêndice XVIII. Como reforço ao ensino realizado, elaborei o desdobrável “Como Devo Posicionar o meu Filho?” (Apêndice XIX), com imagens e linguagem adequada aos pais, que ficou a aguardar aprovação da Sra. Enfermeira-Chefe para se poder tornar um desdobrável oficial da UCIN. A avaliação deste desdobrável foi realizada de forma informal pela Sra. Enfermeira Orientadora, bem como pelos pais a quem o desdobrável foi distribuído. Todos os pais a quem foi realizado o ensino e entregue o desdobrável demonstraram-se interessados em praticar o posicionamento correto em todas os cuidados ao seu filho. Foram salvaguardadas todas as medidas de segurança básicas, tendo em conta as possíveis consequências de um posicionamento incorreto e igualmente a individualidade de cada RN.

Face ao trabalho desenvolvido, ao longo do estágio em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais foi possível desenvolver o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma e contínua.

Reportando para o referencial teórico da Teoria de Conforto de Kolcaba, foi possível atingir a transcendência dos pais, ao promover a sua capacitação na promoção do conforto do seu bebé. Considero que esta estratégia permitiu ainda promover o contexto sociocultural, através do aumento do vínculo pais-RN. Foi igualmente possível melhorar o contexto físico através da implementação desta medida não-farmacológica (o posicionamento terapêutico). Neste estágio foram alcançados os objetivos definidos inicialmente e foram levadas a cabo as atividades programadas, com recurso à evidência científica. Tal possibilitou a reflexão pessoal e a aquisição e consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de

competências do EE e do EEESIP – que “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “promove a vinculação (...), particularmente no caso do recém-nascido”, “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “promove as competências parentais”, “utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN”, “promove a amamentação”, “demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo”, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”, “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” e “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, pp. 19193-19194).

As referidas atividades permitiram a colaboração na integração de novos profissionais e a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da equipa, através de documentação presente no serviço e promoção da formação em serviço na área de especialização. Permitiu igualmente desenvolver competências de mestre, nomeadamente “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da (...) formação inicial especializada e da (...) experiência profissional e pessoal”; “produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde da comunidade”, “comunicar os resultados da (...) aprendizagem clínica e de investigação aplicada” e “refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com a comunidade onde realizou o estágio” (UCP, 2018, p. 6).

3.2.2- Internamento Pediátrico

O estágio em contexto de Internamento Pediátrico realizou-se na UCERN de um Hospital Central da Grande Lisboa. Decorreu de 8 de outubro a 16 de novembro de 2018, num total de 130 horas presenciais. A equipa multidisciplinar é constituída por 16 enfermeiros, uma enfermeira chefe, quatro médicos e oito assistentes operacionais.

A UCERN tem como missão prestar cuidados a crianças que sejam dependentes nas atividades de vida diária e frequentemente também dependentes de apoio tecnológico de suporte à nutrição ou à respiração, transitório ou definitivo. Uma das finalidades dos cuidados prestados nesta unidade é ensinar os familiares/a pessoa significativa que irão cuidar da criança a lidar com esses sistemas de apoio, partindo dos pressupostos de que essa

dependência será de longa duração e de que os familiares/a pessoa significativa terão de continuar os cuidados no domicílio.

A UCERN é um dos serviços de retaguarda da UCIN, sendo que a seleção deste serviço para realizar este estágio partiu da necessidade e da curiosidade em dar continuidade aos cuidados prestados na UCIN.

Na UCERN existem crianças com diferentes tipos de défices e necessidades – nomeadamente aos níveis nutricional, respiratório, cognitivo, social e familiar. Todas estas crianças e as suas famílias precisam que o seu conforto seja promovido, bem como que as suas dificuldades do dia a dia sejam minimizadas.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, lembra que “é vasto o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da criança e do Jovem que pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado.” (OE, 2011, p. 9).

Para a definição dos objetivos específicos deste estágio, procedeu-se primeiramente à observação participada, na primeira semana, e a reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora e algumas enfermeiras da equipa.

Durante os procedimentos dolorosos realizados às crianças, verifiquei que a dor não era avaliada e que a utilização das medidas não-farmacológicas para o alívio dor não parecia estar bem enraizada na prática do cuidar da equipa de enfermagem. Este diagnóstico de situação conduziu a uma reflexão sobre as necessidades da criança e da família, e também as dos profissionais de enfermagem no que toca à prestação de cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos, nomeadamente a colheita de sangue por via periférica ou a administração de vacinas e de eritropoietina subcutânea.

Os profissionais de enfermagem desta unidade reconhecem que utilizam algumas medidas não-farmacológicas nestes procedimentos específicos, mas acreditam que podem melhorar nesta área de intervenção.

Com a chegada de novas colegas à equipa de enfermagem e com a mudança do sistema informático para a realização de registos de enfermagem, foi referida a necessidade de explicitação das novas escalas implementadas. Antes desta atualização do sistema informático a escala que estava implementada na unidade era a *Douleur Enfant San Salvador* (DESS), a primeira escala validada para avaliação da dor em crianças com deficiência profunda, caracterizando-se por ser sensível, fiável e reprodutível (Collignon *et al.*, 1997). No entanto, não contemplava a atualização do sistema de registo.

Com base no que aqui refiro, foi realizada uma reflexão/discussão sobre a dor na criança e a implementação de medidas de prevenção e controlo da dor na criança durante procedimentos dolorosos, aprofundando-se conhecimentos sobre as escalas de avaliação da dor e potenciando a aquisição de competências neste âmbito.

Como primeiro objetivo específico, foi definido “implementar uma estratégia de assistência sistematizada que implique a formação dos enfermeiros sobre a avaliação da dor e a utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor nas crianças durante a vacinação”. Os cuidados de enfermagem têm-se descentrado da doença e da área tecnicamente curativa para uma visão holística do cliente. Cuidar adequadamente da criança e da família em situação de doença e proporcionar-lhes conforto é a principal intervenção que o enfermeiro poderá prestar com vista a restabelecer o seu equilíbrio (Kolcaba, 2010). No entanto, ainda se verifica que os cuidados prestados são maioritariamente traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores.

Atualmente, apesar de ainda haver lacunas no conhecimento sobre a dor nas crianças, observa-se uma maior preocupação em avaliá-la e controlá-la. Os profissionais de saúde estão mais despertos para esta problemática aquando da prestação de cuidados.

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

A OE considerou o controlo da dor como um dever e um indicador de boa prática, tornando-se imprescindível avaliá-la, intervir sobre ela e registar a sua intensidade (OE, 2010). Corroborando esta filosofia de cuidados atraumáticos, 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 (DGS, 2010). Torna-se, pois, essencial definir normas que padronizem a nossa atuação, com a finalidade de a adequar e de intervir junto das crianças da forma mais apropriada.

Sendo um elemento de referência da equipa de cuidados, o enfermeiro deverá desempenhar um papel ativo na escolha das metodologias mais adequadas perante o stress e a dor.

A adoção de medidas não-farmacológicas tem-se verificado de extrema importância aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. A colocação em prática destas intervenções é fundamental, porque 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 sente (Linhares & Doca, 2010).

Neste sentido, para atingir o objetivo acima descrito, realizei uma sessão de formação junto da equipa de enfermagem, com o título “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem” (Apêndice XXI). Para esta formação foi elaborado um plano de sessão de formação (Apêndice XX).

Esta reflexão teve como principal objetivo potenciar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, promovendo o desenvolvimento de competências. É de referir que esta formação permitiu refletir de uma forma mais aprofundada sobre a escala de avaliação da dor FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*). Concluiu-se, com a equipa de enfermagem da UCERN, através da literatura analisada, que a FLACC-R, quando utilizada em crianças com multideficiência dos 4 aos 18 anos internadas em serviços hospitalares, revela ser válida e fiável – daí ser a uma escala adequada para a realidade da UCERN e ser a eleita para substituir a anteriormente utilizada DESS.

A avaliação da formação foi realizada através de um questionário sobre a sessão e o formador (Apêndice XXII) e o resultado foi positivo (Apêndice XXIII).

Quanto à sessão realizada junto da equipa de enfermagem, a avaliação foi muito positiva, visto que 89% das respostas foi “concordo totalmente”. Relativamente ao formador a média das respostas foi “muito bom”.

Todos os elementos presentes demonstraram interesse no tema exposto, intervindo e contribuindo para a reflexão em equipa.

Foi-me solicitado pela equipa de enfermagem que deixasse no serviço um dossier (Apêndice XXIV) com todos os documentos que possuía sobre esta temática. Como tal, realizei a compilação dos mesmos num dossier físico, que ficou no local do estágio, e igualmente em formato informático. Este dossier foi dividido pelos seguintes separadores: Orientações Técnicas – DGS; Documentos Elaborados pela Ordem dos Enfermeiros; Avaliação da Dor; Medidas Não-Farmacológicas de Alívio da Dor. Nesta compilação integrei igualmente os artigos referentes à *scoping review*, por a equipa considerar serem pertinentes neste contexto. Todos os documentos fornecidos ao serviço são uma mais-valia para a melhoria da prestação da equipa de enfermagem, sendo igualmente úteis na integração de novos elementos.

Como segundo objetivo específico, foi definido “colaborar no planeamento e na execução dos projetos implementados na UCERN”.

Para dar resposta a este objetivo foi elaborada uma proposta de norma de procedimento sobre “Estratégias Não-Farmacológicas para o Alívio e a Prevenção da Dor na Criança e no Jovem

da UCERN” (Apêndice XXV). A elaboração desta proposta de norma de procedimento foi realizada no sentido de uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem à luz da evidência científica atual.

A avaliação desta atividade foi realizada de forma informal pela Sra. Enfermeira Orientadora, que considerou uma mais-valia para a equipa a elaboração desta proposta de norma de procedimento. A mesma foi deixada no serviço para uma possível reestruturação e reformulação pela equipa de enfermagem.

Como terceiro objetivo específico, foi definido “implementar a utilização da distração, através do brincar terapêutico, como estratégia não-farmacológica privilegiada na UCERN, ressaltando a importância desta”.

Face à realidade das crianças da UCERN, bem como à sua faixa etária, a distração é a medida não-farmacológica privilegiada e mais eficaz. Segundo Czarnecki, M., *et al.* (2011) pode ser aplicada a crianças de qualquer idade, tendo em atenção o seu nível de desenvolvimento.

Em Portugal, destaca-se o “Kit Dói que não Dói”, constituído por personagens para manipulação representando diferentes áreas do hospital, material médico real, bonecos com vários órgãos para explicação das diferentes patologias e bonecos a representar patologias específicas. O que se pretende com estes objetos lúdicos hospitalares é a representação de um órgão, de um tratamento ou de um exame. Estes materiais contribuem para a compreensão das explicações orais dadas pela equipa de profissionais de saúde à criança, permitindo que esta possa ver, tocar, manusear e cheirar. Pressupõe-se que a utilização destes materiais estimula o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais favoráveis ao controlo da dor associada aos procedimentos e potencia a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013; Santos, 2011).

O brincar permite à criança distrair-se e descontraí-la e também a redução da sua ansiedade e do stress perante procedimentos potencialmente dolorosos. Permite também ao enfermeiro conhecer e relacionar-se, ao mesmo tempo que ajuda a criança a exprimir os seus sentimentos face à experiência presente. É através do brincar que a criança expressa receios, ansiedades e dor, através de simbolismos, fantasias e representações de experiências vividas (Tavares, 2011).

No sentido de dar resposta ao objetivo específico anteriormente delineado foi elaborada inicialmente uma análise reflexiva com o tema “Importância da Distração como Medida Não-Farmacológica no Alívio da Dor nas Crianças e nos Adolescentes da UCERN” (Apêndice XXVI).

Após realização desta análise reflexiva, ambicionava alertar a equipa de enfermagem para a importância e as vantagens de inserir a distração na prevenção da dor da criança sujeita a procedimentos dolorosos. Para tal, foram criados dois recursos: o “*Kit da Brincadeira*” (Apêndice XXVII) e o “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*” (Apêndice XXVIII). São dois *kits* diferentes, mas com a mesma finalidade: prevenir e aliviar a dor nas crianças e jovens submetidos a procedimentos dolorosos.

O “*Kit da Brincadeira*” foi construído com os materiais que são utilizados nos procedimentos dolorosos realizados com mais frequência na UCERN – a colheita de sangue para análises, a algaliação, a aspiração de secreções, a administração de medicação intramuscular ou subcutânea e a colheita de sangue por via periférica. Este *kit* foi criado com o objetivo de dar a conhecer à criança todos os materiais, permitindo-lhe manuseá-los e ensinando-lhe para que é que cada um serve. Deve-se proporcionar à criança o contacto com os objetos reais, de modo a que se familiarize com eles – o que contribui para diminuir a ansiedade que lhe possam causar (Batalha, 2010; Tavares, 2011). O mesmo *kit* tem como objetivo dar informação antecipatória, explicando à criança as etapas do procedimento e/ou as sensações por ele evocadas através da manipulação do equipamento, de forma a reduzir a ansiedade e o medo, e contribuindo assim para aumentar o seu autocontrolo.

O “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*” apresenta um conjunto de material lúdico adequado às variadas faixas etárias da UCERN, sendo um instrumento disponível para auxiliar os profissionais de saúde na prevenção da dor na criança em procedimentos dolorosos, através da aplicação de estratégias não-farmacológicas que incluam a distração. É uma caixa constituída por material lúdico capaz de proporcionar relaxamento e distração, permitindo a redução da ansiedade e do *stress* na criança perante procedimentos potencialmente dolorosos.

A utilização de *kits*, de acordo com Correia (2005, p. 4), “facilita a aprendizagem de estratégias para minorar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e pais, diminuindo a percepção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos”. A utilização do “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*” favorece então o controlo da dor, através do relaxamento obtido pela respiração diafragmática, com a utilização por exemplo da língua de sogra; da contração de grupos musculares, com o uso de bolas antistress; do material didático destinado à simulação dos procedimentos pela criança; ou da distração, através da história, da música e do brinquedo. O brinquedo deve ser da preferência da criança e promover o seu interesse em agir, explorar, imaginar e construir,

proporcionando-lhe, assim, prazer e bem-estar. O *kit* permite ainda o envolvimento dos pais no cuidar, através da brincadeira que podem realizar com os seus filhos.

A utilização do *kit* com a criança e a sua família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada face aos procedimentos que possam induzir dor.

Ambos os *kits* foram apresentados à equipa de enfermagem e colocados num local estratégico da Unidade, de forma a que antes da realização de algum procedimento doloroso a equipa de enfermagem se recorde de os utilizar.

A avaliação desta atividade foi realizada de forma informal pela Sra. Enfermeira Orientadora e pelos restantes elementos da equipa de enfermagem. Foi perceptível o interesse demonstrado pela equipa face à utilização dos *kits*. Foram colocadas dúvidas e surgiram comentários de elogio à elaboração dos *kits* e à importância desta temática para a reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem na UCERN. Considero que a equipa ficou sensibilizada para a importância da avaliação da dor e a implementação de medidas de alívio desta.

Perante isto, consegui atuar como dinamizadora da incorporação de novos conhecimentos, de forma a permitir ganhos em saúde – competência definida pela OE (2010).

Com este estágio fui ao encontro dos pressupostos da Teoria de Conforto de Kolcaba, ao reduzir a ansiedade e o medo das crianças, e por vezes dos seus pais, perante as estratégias utilizadas, promovendo assim o seu alívio e a sua tranquilidade, nomeadamente através da implementação dos *kits* acima referidos, do brincar e da distração como medidas de alívio e prevenção da dor nos procedimentos dolorosos. Ao criar novas estratégias para a preparação das crianças estes procedimentos, consegui melhorar o contexto ambiental, a ansiedade face ao procedimento doloroso e a integração de alguns pais neste tipo de intervenções de prevenção e alívio da dor dos seus filhos.

Os objetivos inicialmente definidos foram atingidos. Tal como nos estágios anteriores, as atividades definidas foram concretizadas, sempre recorrendo à evidência científica, e permitiram a reflexão pessoal e a possibilidade de aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências do EE e do EEESIP – que “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “promove a vinculação”, “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”, “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”, “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, “providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de

enfermagem comuns e complementares amplamente suportadas na evidência”, “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (ou) deficiência/incapacidade” e “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, pp. 19193-19194).

3.2.3- Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica realizou-se na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico (UAU-Ped) de um hospital privado da grande Lisboa. Decorreu de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018, num total de 115 horas presenciais. Esta unidade dedica-se à prestação de cuidados médicos urgentes e emergentes a crianças e adolescentes, entre os 0 e os 18 anos de idade. É um serviço polivalente e funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano.

A UAU-Ped encontra-se dividida em diversas áreas funcionais, nomeadamente: Triagem (utiliza o Sistema de Triagem de Manchester e é realizada por um enfermeiro certificado pelo Grupo Português de Triagem); gabinetes médicos; sala de tratamentos (onde são efetuadas todas as intervenções técnicas de enfermagem); sala de terapêutica inalatória e/ou endovenosa; sala de observação pediátrica – SO-Ped (com capacidade para seis clientes em simultâneo, em unidades individuais, cujo internamento é de curta duração – idealmente máximo de 8 horas); e unidade de cuidados intermédios pediátricos (com capacidade para três clientes).

A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira-Chefe e 42 enfermeiros, sendo oito especialistas. O método de trabalho utilizado é o individual, tendo sempre em conta o trabalho em equipa.

A escolha deste local de estágio teve como principal objetivo adquirir competências no âmbito tanto da promoção do conforto da criança/do jovem e da sua família como da gestão da dor da criança em contexto de urgência.

Para definir os objetivos específicos deste estágio, realizei uma observação participada, na primeira semana, e efetuei reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora.

Os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família, sendo o cliente pediátrico reconhecido como o binómio criança/família. Prestar cuidados numa UAU-Ped exige do enfermeiro um conjunto alargado de conhecimentos que proporcione uma prestação de cuidados sustentada e eficiente. Requer igualmente, da parte do enfermeiro um domínio das suas próprias emoções (Taksi & Vendruscolo, 2004).

Após reflexão com a Sra. Enfermeira Orientadora, concluímos que seria benéfico abordar quais seriam as técnicas de contenção mais corretas e eficazes de acordo com a faixa etária das crianças, bem como que outras medidas não-farmacológicas de prevenção da dor poderiam ser utilizadas em substituição da contenção ou em consonância com esta.

Durante o estágio na UAU-Ped existiu a possibilidade de prestar cuidados na sala de triagem, na sala de tratamentos e no SO-Ped. O SUP é um serviço com características específicas, no qual nunca tive experiência – daí sentir a necessidade de aprofundar o meu conhecimento neste contexto tão característico. No SUP há a necessidade de avaliar e estabelecer prioridades para o atendimento da criança, avaliar as competências parentais para cuidar da criança em situação de doença aguda, intervindo através de ensinamentos, e acompanhar e supervisionar os pais durante todo o período de uma ida a um serviço de urgência. Tive oportunidade de assistir a diversas situações de emergência que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futura EEESIP.

Perante todas as experiências vivenciadas, foi possível reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem adequados, competência definida pela OE (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018).

Como primeiro objetivo específico, foi definido “refletir sobre a correta utilização da técnica de contenção em crianças submetidas a procedimentos dolorosos”.

A dor, a ansiedade e o desconforto são manifestações muito comuns nas crianças que são atendidas no UAU-Ped, devido à sua patologia ou aos procedimentos que são realizados, como colheita de sangue, colocação de acessos venosos periféricos ou administração de injetáveis.

Durante os procedimentos dolorosos foi possível verificar que muitas crianças são de imediato submetidas a contenção física. Deste modo, os cuidados não são negociados, não permitindo a sensação de controlo da criança/do jovem. Algumas crianças tentavam fugir, assustadas, mal viam a sala de tratamentos, apresentando comportamentos de evitamento, choro e medo. Esta contenção “rotineira”, sem a componente de negociação prévia nem a utilização de uma técnica correta e adequada à idade da criança, vai ao encontro do que refere Jennifer Sanches, citada por Hockenberry & Wilson (2014, p. 1028): “a falta de controlo aumenta a perceção de ameaça e pode afetar os mecanismos de coping das crianças”.

Para dar resposta a este objetivo específico, realizei uma análise reflexiva sobre a utilização da contenção física no serviço de urgência (Apêndice XXIX). No sentido de fornecer à equipa de enfermagem um material de apoio a esta minha reflexão, elaborei um desdobrável sobre “Contenção Física nos Procedimentos Dolorosos – Medida Promotora do Conforto da

Criança” (Apêndice XXX). Neste desdobrável é abordada a técnica do “abraço terapêutico”, que permite o envolvimento dos pais na promoção do conforto da criança quando existe a necessidade de realizar contenção física.

A avaliação deste desdobrável foi realizada de forma informal, pela Sra. Enfermeira Orientadora e por alguns elementos da equipa de enfermagem, que referiram que era muito claro e que a sua divulgação pela equipa seria uma mais-valia para os cuidados de enfermagem prestados no serviço. É de referir que o desdobrável ficou a aguardar aprovação da Sra. Enfermeira-Chefe do serviço para ser divulgado a toda a equipa de enfermagem.

Como segundo objetivo específico, foi definido “reforçar a importância da utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos”.

Barros (2010) lembra que a dor aguda associada a procedimentos médicos invasivos é breve, pois termina quando o procedimento acaba. O mesmo autor refere ainda que a dor associada a procedimentos invasivos está associada a ansiedade antecipatória, a qual não se consegue controlar com analgésicos (Barros, 2010).

Em contexto de serviço de urgência a vivência da dor pela criança está espelhada no quotidiano deste contexto de prestação de cuidados em saúde. Posto isto, é fundamental o enfermeiro reconhecer a existência de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor da criança, já que estas são recursos primordiais para tal (OE, 2013), e que a sua adoção é fundamental face à realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis (OE, 2013), promovendo a modificação do significado da dor para quem a sente.

Para dar resposta a este objetivo específico foi elaborado um desdobrável sobre que medidas não-farmacológicas para o alívio da dor (grupos etários 0-18 meses, 5-6 anos e 10-13 anos) poderiam ser mais adequadas para o contexto de serviço de urgência pediátrica (Apêndice XXXI).

Tal como ocorreu com o desdobrável referido anteriormente, também este foi avaliado de forma informal pela Sra. Enfermeira Orientadora e por alguns elementos da equipa de enfermagem, e recebendo *feedback* positivo relativamente à sua pertinência e utilidade. Aguarda igualmente aprovação.

Como terceiro objetivo específico, foi definido “capacitar os pais para a promoção do conforto do seu filho, através do incentivo à sua presença e do reforço da necessidade de colaborarem nos procedimentos dolorosos realizados aos seus filhos”. Os pais têm um especial papel na utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor.

Para dar resposta a este objetivo específico, foi elaborada uma análise reflexiva sobre a importância dos pais na promoção do conforto dos seus filhos, em contexto de serviço de urgência (Apêndice XXXII).

Ao longo do estágio, promovi de forma permanente a presença dos pais em todos os contextos do cuidar no serviço de urgência pediátrico.

Atualmente, o modelo conceptual implícito na prática da enfermagem pediátrica está centralizado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo de uma família (CNSCA, 2009). A presença dos pais no meio hospitalar não é uma opção, mas sim uma necessidade e um direito da criança, da família e da equipa de saúde (Carta de Criança Hospitalizada, 1988).

Hockenberry e Wilson (2014) salientam que a filosofia dos cuidados pediátricos se baseia no cuidar centrado na família, na parceria dos cuidados e nos cuidados não-traumáticos. A parceria de cuidados remete-nos para um modelo de Cuidar assente na pressuposição de que a família é alvo dos cuidados, baseando-se no reconhecimento e no respeito pelas habilidades da família nos cuidados à criança (Casey, 1995).

Houve incentivos para que os pais, face aos procedimentos dolorosos realizados aos seus filhos, promovessem o conforto destes através do reforço positivo, da técnica do abraço terapêutico, da distração, da verbalização de palavras de conforto e por fim do consolo e do elogio aos seus filhos. Todos estes incentivos e elucidações foram tidos em conta pelos pais, de uma forma construtiva e positiva.

No sentido de ajudar os pais a preparem os seus filhos previamente à realização de procedimentos dolorosos na sala de tratamentos, realizei uma proposta de cartaz informativo (Apêndice XXXIII) para ser afixado na sala de espera, que de uma forma muito sumária, incentiva os pais a preparem as crianças para o eventual procedimento doloroso.

A necessidade de recorrer ao serviço de urgência apresenta-se como uma situação geradora de stress para a criança, provocado pela doença e pela hospitalização, e os primeiros anos de vida são referidos como sendo períodos de elevado stress e intensa ansiedade, experienciando-se medos, pois o ambiente em que a criança está é desconhecido e ali é sujeita a procedimentos que causam dor e desconforto (Diogo *et al.*, 2015). Como principais stressores associados à hospitalização encontram-se a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor. Os mesmos autores referem que a resposta que a criança apresenta prende-se com o seu desenvolvimento, mas não só: o enfermeiro deve reconhecer respostas da criança em situações prévias (se existiram) de separação e/ou hospitalização, a sua

capacidade de confronto inata e adquirida, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio disponível.

Após reflexão sobre a importância da preparação da criança face à realização de procedimentos dolorosos, minimizando limitações/barreiras que possam ocorrer, é esperado que o enfermeiro que cuida da criança com uma perspectiva holística desenvolva intervenções que as minimizem. No serviço de urgência, onde esta preparação ocorre habitualmente no momento, perturbada muitas vezes por fatores externos como o ruído ou a interrupção constante de outros profissionais, é essencial recorrer a conhecimentos que permitam minimizar os stressores e preparar também a família/pessoa significativa. Deste modo, como estratégia de intervenção junto da equipa foi elaborado um cartaz informativo sobre a “Preparação das Crianças para os Procedimentos Dolorosos – *Toddler* e Pré-Escolares” (Apêndice XXXIV), disponível na sala de tratamentos e com o objetivo de uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem. As faixas etárias *toddler* e pré-escolar foram aquelas com que me deparei mais nos cuidados prestados na sala de tratamentos. A escolha das faixas etária *toddler* e pré-escolar para a elaboração deste cartaz relacionou-se com a especificidade de cada uma.

Relativamente aos *toddler*, as explicações sobre os procedimentos e a hospitalização devem ser simples e breves, pois estes interpretam literalmente o que lhes é dito e colaboram pouco nos tratamentos invasivos (Hockenberry e Wilson, 2014). Já na idade pré-escolar, a criança é caracterizada pelo egocentrismo, acreditando que os seus pensamentos são poderosos e que os procedimentos são um castigo, o que dificulta a aceitação. Estas crianças são vulneráveis aos procedimentos invasivos, porque o conceito de integridade corporal ainda não está desenvolvido (Hockenberry e Wilson, 2014).

Novamente, o processo de avaliação neste caso foi similar, aguardando-se igualmente aprovação para a sua divulgação.

Com este estágio fui ao encontro dos pressupostos da Teoria de Conforto de Kolcaba, ao reduzir a ansiedade e o medo das crianças através das estratégias utilizadas, promovendo assim o seu alívio e a tranquilidade. Ao criar novas estratégias para a preparação das crianças para os procedimentos dolorosos, consegui melhorar o contexto ambiental.

Como aconteceu nos estágios anteriores, os objetivos inicialmente definidos foram cumpridos e as atividades programadas foram postas em prática (seguindo a evidência científica atual), permitindo a reflexão pessoal e a possibilidade de aquisição e consolidação de conhecimentos e competências do EE e do EEESIP, que “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “promove a vinculação”, “comunica com a criança e família de

forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” e “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, pp. 19193-19194).

As atividades desenvolvidas permitiram gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação e experiência profissional e de vida, demonstrar o aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização, refletir na e sobre a minha prática (UCP, 2018) e colaborar na integração de novos profissionais e na formação contínua da equipa. Fui ainda responsável por transmitir novos conhecimentos aos profissionais do serviço (UCP, 2018).

CONCLUSÃO

A saúde infantil e pediátrica é uma área que se encontra em constante desenvolvimento e mutação, implicando por parte dos enfermeiros atualizações constantes sobre a sua prática. De acordo com o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no Capítulo VI, Secção I, Artigo 76.º, Ponto 1 a), é um dos deveres do enfermeiro exercer a profissão “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (e) com o respeito pela saúde e bem-estar da população” (OE, 2012, p. 65). Torna-se assim verdadeiramente pertinente a prestação de cuidados de enfermagem especializados que visem a promoção do conforto da criança e da família.

A constante evolução da profissão de enfermagem, a necessidade de atualização permanente e a procura da excelência dos cuidados por mim prestados levaram-me ao desafio pessoal e profissional de frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem.

Com o presente relatório, pretendi descrever, de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, assim como a sua pertinência para o desenvolvimento de competências do EEESIP na promoção do conforto da criança/do jovem e da sua família.

Tendo em conta a temática do presente relatório, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a evidência científica compilada na *scoping review* realizada contribuíram para me orientar e promover a minha reflexão sobre as atividades realizadas e as decisões tomadas no ato de cuidar, facilitando o alcance dos objetivos propostos para a promoção do conforto da criança/do jovem e da sua família.

O percurso realizado nos diferentes contextos de estágio permitiu-me ter uma visão da enfermagem enquanto disciplina em permanente evolução e na procura da excelência de cuidados. Com este percurso foi possível obter uma melhor perceção dos domínios de atuação do EEESIP – que possui um papel fundamental na equipa de enfermagem ao nível da promoção da reflexão, em equipa, sobre as problemáticas do contexto de trabalho, do incentivo à formação contínua, da pesquisa e utilização da evidência científica na

justificação dos cuidados prestados e igualmente do incentivo à produção de evidência científica sobre temas preponderantes no contexto de trabalho. Assim, irá incentivar a promoção e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais da equipa e a excelência dos cuidados prestados à criança/ao jovem e à sua família.

Considero que os objetivos traçados para este relatório foram atingidos, sendo que reflete o meu percurso ao longo dos diferentes contextos de estágio. Como limitações do relatório, assumem-se algumas atividades que não foram alvo de avaliação devido a limitações das próprias equipas de enfermagem ou do tempo de estágio, sendo as mesmas mencionadas ao longo do presente documento. É de realçar que os contributos deixados em cada local de estágio no âmbito das atividades desenvolvidas e a partilha de experiências se traduziram numa melhoria dos cuidados prestados à criança, ao jovem e à sua família.

Embora tenha sido notória a preocupação das equipas com a temática da promoção do conforto, considero que esta necessita de um olhar contínuo e um grande investimento por parte das equipas de enfermagem, que neste momento se encontram desmotivadas e necessitam de estímulos para a reflexão, a partilha e a atualização sobre esta problemática.

No final deste percurso, caracterizado por muito trabalho, sacrifício, reflexão, mudança de visões e satisfação pessoal e profissional, realço a importância da partilha e da reflexão, em contexto quer profissional quer académico, relativamente às problemáticas decorrentes do cuidar da criança/do jovem e da sua família e à importância de todas as relações estabelecidas com todas as pessoas que se cruzaram neste caminho que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Como projetos futuros pretendo dar continuidade à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à formação em contexto de trabalho, com objetivo de promover, na minha equipa, a mobilização, a consolidação e a aquisição de conhecimentos, técnicas e competências e o reconhecimento da importância da evidência científica, bem como da necessidade de investigação constante. Continuarei a fazer parte do projeto do “Posicionar Terapêutico na UCIN”, permitindo à equipa multidisciplinar refletir sobre o tema, de acordo com a evidência científica atual. Pretendo participar na orientação de alunos de enfermagem, bem como na integração de novos elementos da equipa de enfermagem, fomentando sempre o espírito crítico, o pensamento reflexivo e a fundamentação das ações com base na evidência científica da atualidade.

Como projeto futuro, visto ser igualmente uma área de muito interesse da minha parte e visto ter realizado a pós-graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos, pretendo dar continuidade à minha formação nesta área, e nas várias vertentes que a englobam.

A promoção do conforto da criança/do jovem e da sua família será sempre uma preocupação no meu percurso profissional e pessoal, e, sendo esta uma área tão abrangente, pretendo no futuro aprofundá-la ainda mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (6), 403-411.
- Apóstolo, J., *et al.* (2012). Conforto/Desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 33-38.
- Arane, K., *et al.* (2017). Virtual reality for pain and anxiety management in children. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*, 63, 932-937.
- Araújo, B., & Rodrigues, B. (2010) - Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista Esc Enferm USP*, 44 (4), 865-872.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Batalha L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar* (1.^a edição). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença;
- Brazelton, T. B. (2006). *Touchpoints: Birth to three* (3^a edição). Cambridge: Da Capo Press.
- Cardoso, M., Souto, K., & Oliveira, M. (2006). Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Revista RENE*, 7 (3), pp. 49-55.
- Castro, R. (2012). Pequeno Manual de Amamentação. Acedido em 14 de março de 2017 em [http: www.aleitamento.org.br](http://www.aleitamento.org.br).

- Collignon, P *et al.* (1997) – *Utilisation d’une échelle d’hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé. Douleur et Analgésie*, n.º 1, p. 27-32.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, I. (2005). Kit Sem-Doí-Doí: Para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. outubro/dezembro. 61.39-40.
- Czarnecki, M., & Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (2), 95-111.
- Decreto-Lei n.º 298/2007. **D. R. I Série** 161 (22-08-2007) p. 5587-5596.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2a ed). Loures: Lusodidacta.
- Direção 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. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 14/2010).
- Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 024/2012).
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 10/2013).
- Dowd, T. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.
- Eden, L., Macintosh, J., Luthy, K., Beckstrand, R. (2014). Minimizing pain during childhood vaccination injections: improving adherence to vaccination schedules. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 127-140.
- Faria, H. (2012). **Interacção e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica**. Lisboa: Faculdade de Psicologia. Tese de mestrado.
- Goswami, G., *et al* (2013). Comparison of Analgesic Effect of Direct Breastfeeding, Oral 25% Dextrose Solution and Placebo during 1st DPS Vaccination in Healthy Term Infants: A Randomized, Placebo Controlled Trial. *Indian Pediatrics*, 50, 649-653.

- Harrison, D., *et al.* (2014). Too many crying babies: a systematic review of pain management practices during immunizations on YouTube. *BioMed Central Journals*.
- Harrison, D., *et al.* (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *John Wiley & Sons Ltd*, (10), 1-50.
- Hockenberry, M. J., Barrera, P. (2014) – Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição – pp.,1-20). Loures: Lusociência.
- Holzman, R. S., Mancuso, T., Polaner, D.M. (2008). *A Practical Approach to Pediatric Anesthesia* (1.ª edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- IAC. (maio 2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-criancahospitalizada>
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, S. *et al.* (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *John Wiley & Sons Ltd*, (2), 1-110.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nursesensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15, 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A Theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York. Springer Publishing Company, 610 p. ISBN 0-8261-1663-7
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3),187-194.
- Kolcaba, K. (2010). *The comfort line*. Acedido a: 10 de Maio de 2018, Disponível em: http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html.
- Kristjánsdóttir, O., Kristjánsdóttir, G. (2010). Randomized clinical trial of musical distraction with and without headphones for adolescents' immunization pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 19-26.
- Kucukoglu, S. *et al.* (2016). Effect of white noise in relieving the pain in premature infants caused by vaccination. *Pain Management Nursing*, 17 (6), 392-400.

- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Diário da República I série (N.º 181 DE 16-09-2015), 8059 - 8105. Acedido a 20 de dezembro de 2019 em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.
- Leite, A., *et al* (2015). Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 jul./set.;17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31932>
- Lima, A *et al* (2016). Glucose solution is more effective in relieving pain in neonates than non-nutritive sucking: A randomized clinical trial. *Eur J Pain* 21, 159-165.
- Linhares, M., Doca, P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não-farmacológicas. *Temas em Psicologia*, Vol. 18, n.º 2, 307 – 325.
- McKenzie, I.M., Gaukroger, P. B., Ragg, P.G. (1997). *Manual of Acute Pain Management in Children* (1ª edição). London: Churchill Livingstone.
- Mendes, M., Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5.º Sinal Vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa.)
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação n.º 014/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2012). Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012 - *Técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal.
- Neethu A M. (2015). Study to assess the effectiveness of ICE Application on Injection Site in Reducing Pain among Toddlers in Selected PHC, Bangalore – Cinalh. *International Journal of Nursing Education*
- Kajikawa, N., *et al* (2014). DOES A CHILD’S FEAR OF NEEDLES DECREASE THROUGH A LEARNING EVENT WITH NEEDLES?. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*; 37(3): 183–194.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-7-1
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I, vol. 2 n.º 6. ISBN 978-989-844-01-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, n.º 6. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-30-1.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. In *1.ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Canadá, 17-21 de Novembro de 1986. Consultado a 12 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). Methodology for JBI scoping reviews. In *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. (pp. 1–24). Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Pontes, J., *et al* (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2):238-42.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal;
- Russell, K., Harrison, D. (2015). Managing pain in early childhood immunization. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21(2), 22-24.
- Santos, A. O. (2011). Nidcap: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31;
- Schechter, N.L., Zempsky, W.T., Cohen, L.L., McGrath, P.J., McMurtry, C.M., Bright, N.S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*, 119(5), 1184-1198.

- Shah, V., et al. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review and meta-analyses. *Clinical Therapeutics*, 31 (Supl. 2), 104-115.
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 168. ISBBN 978-972-54- 0440-9.
- Tacsí & Vendruscolo. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(3):477-84.
- Taddio, A., et al. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: The Nerve of It. *Clinical Therapeutics*, 31 (Supl. B), 152-167.
- Taddio, A., et al. (2010). Reducing the Pain of Childhood Vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 843-855.
- Tamez, R. N; Silva, M. J. (2009). *Enfermagem na Uti Neonatal - Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (4 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*. 6 (4), 287-295.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5.^a ed). Loures: Lusociência, ISBN: 972- 8383-74-6.
- Tuba Koç, Duygu Gozen. (2015). The Effect of Foot Reflexology on Acute Pain in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 12:5, 289–296.
- Universidade Católica Portuguesa (2018) – Guia da Unidade Curricular – A saúde da criança e família – Vigilância e Decisão Clínica. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Universidade Católica Portuguesa (2018) – Guia de Estágio Final e Relatório. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Wen, Q. et al. (2013). *Postoperative pain management experiences among schoolaged children: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, pp. 958-968.
- Whaley, L; Wong, Donna L. (1999) – **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. 9.a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Yilmaz, G. *et al.* (2014). Oral sucrose administration to reduce pain response during immunization in 16–19-month infants: a randomized, placebo-controlled trial. *Eur J Pediatr* 173:1527–1532

Sítios Oficiais consultados:

- <http://www.arslvt.min-saude.pt/>

APÊNDICES

Apêndice I – Poster: “Importância da Utilização de Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Administração de Vacinas Em Pediatria – Scoping Review” e Certificado de presença no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”



Importância da Utilização de Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Administração de Vacinas Em Pediatria – Scoping Review

Introdução

As vacinas são uma das causas mais comuns da dor infligida à criança. A dor durante a administração da vacina pode ser atenuada, pelos enfermeiros, através da utilização de eficazes medidas não-farmacológicas.

Objetivo

Compreender a importância das medidas não-farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro na administração de vacinas em Pediatria para o controlo da dor.

Palavras-Chave: Criança; enfermagem; dor; medidas não-farmacológicas; vacina.

Metodologia

- Scoping Review, segundo a metodologia JBI;
- Questão de investigação com base na classificação PCC (Population; Concept; Context;) – “Qual é a importância da utilização de medidas não-farmacológicas no controlo da dor, na administração de vacinas em Pediatria?” sendo P – crianças até aos 18 anos de idade, C – Estudos que identifiquem a importância das medidas não-farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros ; C – Em qualquer contexto onde se realize vacinação.
- Plataformas SciELO, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e EBSCOhost.
- Bases de dados: MEDLINE Complete; CINAHL complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Artigos entre 2013-2018; disponíveis em texto completo nos idiomas Português e Inglês.

Pesquisa 57 artigos

Repetidos 2 artigos

Excluídos 41 artigos

Incluídos 14 artigos

Resultados

Os 14 artigos analisados são de natureza quantitativa, estudos experimentais e revisões sistemáticas de literatura. Descrevem realidades de Portugal, Brasil, Canadá, Índia, Japão, Nova Zelândia e Turquia. As medidas não-farmacológicas que se destacam no controlo da dor na vacinação, sendo as mais utilizadas pelos enfermeiros, são: **a amamentação** (Harrison *et al.* 2016); **o método canguru** (Johnston *et al.* 2017), **a musculoterapia** (Kucukoglu *et al.* 2016), **a sacarose oral** (Goswam *et al.* 2012) e **a distração** (Czamecki *et al.*, 2011).

Discussão

É visível a existência de uma crescente preocupação com a utilização de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor nas crianças, de forma a reduzir a sua ansiedade, a angústia e o medo no procedimento da vacinação. **A amamentação** pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação em bebés não só no período neonatal como em crianças mais velhas (Harrison *et al.* 2016); Castro (2012) acrescenta que amamentar o bebé logo após ele ser vacinado ajuda a superar a dor, e sublinha que o leite materno também reforça a eficácia da vacina; **o método canguru** é destacado, principalmente no momento da recuperação do procedimento doloroso (Johnston *et al.* 2017 e Tansky & Lindberg, 2010); Adriana Leite *et al.* (2015) e Taddio *et al.* (2009) defendem que a conjugação da amamentação e do método canguru promove resultados mais satisfatórios, existindo uma maior redução da dor; **a musculoterapia** é uma medida não-farmacológica eficaz para o controlo da dor causada por procedimentos invasivos, como a vacinação, na UTIN (Kucukoglu *et al.* 2016); **a utilização de sacarose oral** atua como analgésico em crianças com menos de 3 meses de idade submetidas à vacinação (Goswam *et al.* (2012); **a distração** é eficaz no controlo da dor, antes da vacinação, durante e após esta (Czamecki *et al.*, 2011). Outras medidas também mencionadas foram a reflexologia e os ruídos brancos nos recém-nascidos, a aplicação de gelo no local da vacina nos **toddlers** e o ensino e a preparação prévios relativamente ao procedimento da vacinação na criança a partir da idade pré-escolar, bem como a inclusão dos seus pais.

Conclusão

Os estudos analisados realçam que a utilização de medidas não-farmacológicas promove a diminuição do tempo de choro, a redução do **SCORE** de dor, a diminuição da frequência cardíaca e o aumento da saturação de oxigénio. Com a utilização destas medidas a criança torna-se mais colaborante, sente-se menos ansiosa e com menos medo face ao procedimento da vacinação.

É relevante realizarem-se mais estudos experimentais e de qualidade, nomeadamente a nível nacional, sobre a eficácia e a importância das medidas não-farmacológicas mais utilizadas, bem como sobre o porquê de a sua utilização nem sempre integrar os cuidados de Enfermagem.

Referências Bibliográficas:

Adriela, Joana Ramos, Estêvão Magalhães Gonçalves
Afiliação da autora: 1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Dona Estefânia (joram@lsc.ucp.edu.pt, amagalha@lsc.ucp.edu.pt)
2. Docente em Enfermagem, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (amagalha@lsc.ucp.edu.pt)

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que **JOANA ROMANO SANTOS** e **MARGARIDA LOURENÇO** participaram com um

Poster:

“Importância da utilização de medidas não-farmacológicas no controlo da dor na administração de vacinas em

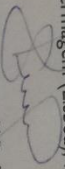
Pediatria – Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor

Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

Apêndice II – Resumo dos Estudos da Amostra da Scoping Review

Estudo	Autor/Ano	Tipo estudo, participantes, intervenção	Principais resultados
1. “Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period”	Harrison, D., Reszel, J., <i>et al.</i> (2016)	<p>Revisão sistemática da literatura, em que se pretende dar resposta à seguinte pergunta: “A amamentação reduz a dor na vacinação em bebés de 1 a 12 meses?”. Para tal os autores selecionaram dez estudos, onde foram analisados 1066 bebés relativamente à dor associada à vacinação na primeira infância.</p> <p>Nestes estudos foi comparada a eficácia da amamentação na redução da dor (tempo de choro e <i>scores</i> de dor nas escalas de avaliação da dor) do bebé no procedimento da vacinação com a utilização de outras medidas não-farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor.</p>	<p>- A amamentação durante a vacinação reduz as respostas comportamentais de duração do choro e os <i>scores</i> de dor do bebé durante e após o procedimento da vacinação em comparação com outra medida de alívio da dor (administração de água por via oral, glicose oral, carinho materno, massagem e anestésicos tópicos).</p> <p>-Em conclusão, os autores defendem a amamentação como uma medida não-farmacológica eficaz no alívio da dor no procedimento da vacinação, não só no período neonatal como em crianças mais velhas.</p>
2. “Breastfeeding and skin-to-skin contact for pain relief of newborns	Leite, A., <i>et al.</i> (2015)	Ensaio clínico randomizado, realizado numa maternidade no Brasil, com o objetivo de comparar a combinação entre o contacto pele-a-pele e a amamentação, ao contacto pele-a-pele	- Ao comparar o efeito analgésico do contacto pele-a-pele e a combinação da amamentação com o contacto materno pele-a-pele no alívio da dor dos RN submetidos à vacina contra a Hepatite B, os autores deste estudo concluem que os RN do grupo GPA, em que se utilizou a combinação do contacto pele-

<p>during hepatitis B vaccination”</p>		<p>durante a vacinação contra a Hepatite em RN.</p> <p>Critérios de seleção dos RN: de termo, com até 12 horas de vida, internados em alojamento conjunto, Apgar ≥ 7 no 5.º minuto de vida, em amamentação materna.</p> <p>Critérios de exclusão: foram excluídos os RN amamentados até uma hora antes do procedimento.</p> <p>A amostra do estudo foi constituída por 55 RN de termo que foram divididos aleatoriamente em dois grupos: - grupo contacto pele-a-pele (GP, n=38 RN) – foram mantidos por cinco minutos em berço (período basal) e posteriormente posicionados em contacto materno pele-a-pele durante 15 minutos (período de tratamento), seguindo-se o período de vacinação e o período de compressão com algodão embebido em álcool a</p>	<p>a-pele e da amamentação no procedimento da vacinação, apresentaram menor <i>score</i> do NFCS durante o momento de compressão e recuperação em comparação com os RN que apenas foram mantidos em contacto materno pele-a-pele.</p> <p>- Os resultados deste estudo defendem que a combinação amamentação/contacto materno pele-a-pele pode potenciar o efeito analgésico junto do RN, contribuindo para uma melhor recuperação deste após o procedimento da administração da vacina contra a Hepatite B.</p>
--	--	---	---

		<p>70%, também em contacto pele-a-pele, até cinco minutos após o término do procedimento (período de recuperação);</p> <ul style="list-style-type: none">- grupo de amamentação combinada com o contacto pele-a-pele (GPA, n=27)– os RN foram mantidos em berço durante cinco minutos (período basal), a seguir foram colocados em contacto pele-a-pele durante cinco minutos, e posteriormente foram amamentados durante 10 minutos. Durante a amamentação foi administrada a vacina e realizou-se a compressão com o algodão e a fase da recuperação. <p>A dor do RN foi avaliada através da sua mímica facial (com o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)) e da frequência cardíaca (FC). Estes dois parâmetros foram avaliados nos quatro períodos do processo.</p>	
--	--	--	--

<p>3. “Comparison of analgesic effect of direct breastfeeding, oral 25% dextrose solution and placebo during 1st DPT vaccination in healthy term infants: a randomized, placebo controlled trial”</p>	<p>Goswami, G., <i>et al.</i>(2013)</p>	<p>Estudo quantitativo randomizado controlado, que pretende comparar a eficácia do efeito antinocicetivo da amamentação e da utilização de glicose oral a 25%, dois minutos antes da vacinação, utilizando água destilada como placebo. Foram incluídos neste estudo 120 bebês de termo, saudáveis, com menos de três meses de vida, que estavam em amamentação exclusiva ou parcial e que iriam ser imunizados pela primeira vacina DPT. Estes bebês foram distribuídos aleatoriamente por três grupos de 40, em que o primeiro grupo foi amamentado durante a administração da vacina, o segundo fez glicose oral a 25% e o terceiro placebo. A variável de desfecho a ser analisada foi a duração do choro (em segundos) após a vacinação e as variáveis de resultado foram as modificações faciais do bebê (MFCS) e</p>	<p>- Ao calcular-se a mediana (intervalo interquartil) de duração do choro nos três grupos de controlo, esta é significativamente menor no grupo dos bebês amamentados (33,5% – 17-54 segundos) e no grupo dos bebês alimentados com glicose a 25% (47,5% – 31-67,5 segundos), em comparação com os bebês que receberam agua destilada (80,5% – 33,5-119,5 segundos). A MFCS (Modified Facial Coding Score) a 1 e 3 minutos foi significativamente menor nos bebês amamentados e nos que foram alimentados com glicose.</p> <p>- Os investigadores deste estudo concluíram que a amamentação direta e a glicose a 25% atuam como analgésico em crianças com menos de 3 meses de idade submetidos à vacinação com DPT.</p>
---	---	---	---

		a latência de início do choro (definida como o período entre a inserção da agulha, marcado pela indicação “in”, e o início da vocalização, em forma de choro, avaliada em segundos).	
4. “Does a child’s fear of needles decrease through a learning event with needles?”	Natsuki Kajikaw,Ta kami Maeno, Tetsuhiro Maeno. (2014)	<p>Estudo experimental que tem como objetivo perceber se as crianças em idade pré-escolar que aprendam sobre agulhas veem diminuído o seu medo relativamente a estas, e se essa aprendizagem contribui para aumentar a motivação das crianças para serem vacinadas.</p> <p>Este estudo incluiu 180 crianças que participaram no Evento "<i>Let Be Doctors</i>", realizado em quatro centros infantis na cidade de Tsukuba, em Ibaraki, no Japão. Neste evento, as crianças foram divididas em três grupos, realizando cada grupo, três <i>workshops</i>: <i>Let’s Inject the Vaccine, Let’s Know all</i></p>	<p>- Foram analisadas 180 crianças: 79 meninos (43,9%), 94 meninas (52,2%) e sete não especificados (3,9%). A média de idade foi de 8 anos, com 59 crianças (32,8%) com 7 anos, 52 (28,9%) com 8 anos, 55 (30,6%) com 9 anos. Não houve diferenças demográficas nos participantes dos quatro centros infantis.</p> <p>Antes do evento, 69 crianças (38,3%) foram categorizadas como “tendo medo de agulhas” e 111 crianças (61,7%) foram classificadas como “não tendo medo de agulhas”. Após o evento, 51 (28,3%) relataram que tinham medo de agulhas, o que representou uma diminuição significativa de 10% ($p = 0,001$). 33% das crianças mudaram de opinião e passaram a não ter medo de agulhas.</p> <p>Relativamente à motivação para a vacinação: antes do evento, 132 crianças (73,3%) foram categorizadas como "dispostas a receber" e 48 crianças (26,7%) foram categorizadas como "não</p>

		<p><i>About Needles e Let's Learn how Vaccine Works in your Body.</i></p> <p>Os dados foram recolhidos antes e depois do evento, através de questionários anónimos de autoavaliação com quatro perguntas iguais – para avaliar o medo de agulhas (“<i>Are you afraid of getting shots?</i>”), saber a motivação para receber vacinas (“<i>What do you think if you are told to get a vaccination?</i>”), compreender o nível de recomendação de vacinas (“<i>Do you think your family or friends should get vaccinations?</i>”) e medo em relação aos médicos (“<i>Are you afraid of doctors?</i>”). As respostas foram divididas em duas categorias para análise estatística.</p>	<p>dispostas a receber". Após o evento, só 27 (15,0%) relataram que não estavam dispostas a receber vacinas, o que equivale a uma queda significativa, de 11,7% (p50.001). 50% das crianças mudaram para “quero receber”.</p> <p>Não houve mudança significativa no número de crianças que relataram que não recomendariam às suas famílias e amigos a vacinação (p = 1,0) ou naquelas que relataram medo em relação aos médicos (p = 0,549) entre questionários pré e pós-evento.</p> <p>- Os autores deste estudo concluíram que a preparação é eficaz na redução da ansiedade e da dor nas crianças. Eventos de aprendizagem sobre agulhas e vacinação, para crianças em idade escolar são eficazes para reduzir o medo e aumentar a motivação para serem vacinadas.</p>
5. “Effect of white noise in relieving the	Kucukoglu, S., <i>et al.</i> (2016)	Estudo experimental realizado numa unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital universitário na	- Relativamente ao nível de dor nos RN dos dois grupos, concluiu-se que, no grupo de estudo, 29,4% dos RN tinham um nível leve de dor, 67,6% tinham dor moderada e 2,9% tinham

<p>pain in premature infants caused by vaccination”</p>		<p>Turquia entre julho e setembro de 2013. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do ruído branco como método de distração no alívio da dor causada pela vacinação em bebês prematuros. A população do estudo foi constituída por 75 prematuros (35 no grupo de estudo e 40 no grupo de controlo) que preencheram os critérios de inclusão (lactente com 28-32 semanas de idade gestacional, sem problemas congénitos ou neurológicos, sem necessidade de ventilação mecânica, sem necessidade de ter recebido analgésicos ou sedativos, com um estado de saúde estável, aprovado no teste auditivo infantil com 1 mês de idade pós-natal, com peso superior a 1000 g e existindo o consentimento dos pais para participar no estudo).</p>	<p>dor elevada durante o procedimento. No grupo de controlo, 17,5% tinham dor moderada e 82,5% dor intensa. Não houve dor leve observada nos bebês do grupo de controlo. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de acordo com os níveis de dor, avaliados pela escala de avaliação da dor PIPP (Premature Infant Pain Profile).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os autores concluíram, ao comparar este estudo com outros semelhantes, que a música na UTIN aumenta a saturação de oxigénio e diminui a frequência cardíaca, a pressão arterial, o comportamento de <i>stress</i> e a duração do tempo de hospitalização do RN. É uma medida não-farmacológica eficaz de controlo da dor causada por procedimentos invasivos, como a vacinação, e tem uma aplicação simples, económica e não-invasiva. - Os autores reforçam a importância de não utilizar o som branco como medida isolada no controlo da dor.
---	--	--	---

		<p>Grupo de estudo: os prematuros foram expostos a ruído branco, usando-se para tal, leitores de MP3 colocados na cabeceira do berço das crianças por 1 minuto antes da vacinação, e permanecendo o som até 1 minuto depois da vacinação. Grupo de controlo: os prematuros não foram expostos ao ruído branco.</p>	
<p>6. “Glucose solution is more effective in relieving pain in neonates than non-nutritive sucking: A randomized clinical trial”</p>	<p>Lima, A., <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Ensaio clínico randomizado com 78 RN saudáveis. Os RN foram distribuídos aleatoriamente para receber glicose a 25% (G25) e sucção não-nutritiva (NNS). A dor foi avaliada usando a Escala de Dor Infantil Neonatal (NIPS) antes e durante a imunização. Foram também avaliados vários parâmetros fisiológicos e o tempo do choro.</p>	<p>- Os RN que receberam glicose a 25% (G25) apresentaram <i>score</i> inferior de dor, na escala da NIPS, ao registado no grupo NNS. O tempo de choro foi menor entre os RN no Grupo G25 do que nos grupos NNS e de controlo.</p> <p>- O ensaio conclui que o uso de glicose a 25% antes do procedimento de vacinação é mais eficaz no alívio da dor aguda dos RN, registando pontuações duas vezes menores na escala NIPS em comparação com o grupo NNS. O tempo de choro foi mais curto entre os RN do grupo G25 do que entre os da NNS.</p>

7. “Managing pain in early childhood immunisation”	Russell, K., Harrison, D. (2015)	Artigo de discussão. Comparação de resultados de um estudo australiano, realizado em 2012, sobre a variedade de utilização de medidas que podem aliviar a dor na imunização das crianças com um estudo da Nova Zelândia, realizado em 2013, que teve como objetivo avaliar as práticas de gestão da dor na vacinação durante a infância.	<p>- Nos dois estudos verificou-se que as medidas não-farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor não eram amplamente utilizadas, ou por falta de tempo ou por falta de conhecimento dos profissionais. Quando eram utilizadas, não o eram de forma sustentada nem mantida.</p> <p>- Segundo as autoras, é necessário investir-se na educação e na sensibilização dos pais e dos profissionais de saúde para a importância da amamentação, da administração de sacarose e de anestésicos tópicos e da distração como medidas de alívio e prevenção da dor na criança.</p>
8. “Oral sucrose administration to reduce pain response during immunization in 16–19-month infants: a randomized,	Yilmaz, G <i>et al.</i> (2014)	Estudo quantitativo randomizado, realizado num serviço de Pediatria de um Hospital da Turquia. O objetivo deste estudo foi determinar o efeito da utilização de sacarose, administrada por via oral, em crianças com 16-19 meses, submetidas a imunizações com as vacinas da difteria e do tétano (DTaP) / Haemophilus	<p>- Concluiu-se que as crianças a quem foi administrada sacarose a 75% apresentaram um menor tempo total de choro, o que reduziu significativamente as pontuações CHEOPS em comparação com o grupo em que foi administrada sacarose a 25% e o grupo em que foi administrada água destilada.</p> <p>- Os autores deste estudo concluem que a solução de sacarose reduz o sofrimento infantil e que é segura e clinicamente útil em crianças de 16 a 19 meses de idade. Consideram que as</p>

<p>placebo-controlled trial”</p>	<p>influenza tipo B / IPV (juntamente com vacinação oral contra poliomielite (OPV)), pneumococo intramuscular e hepatite A.</p> <p>Um total de 694 lactentes e crianças saudáveis.</p> <p>Estas crianças foram divididas de forma aleatória em três grupos: (1) experimental (em que se deu à criança sacarose a 75%), (2) experimental (em que se deu à criança sacarose a 25%) e (3) controlo (em que se deu à criança solução estéril de água).</p> <p>A enfermeira e os pais desconheciam a natureza das soluções utilizadas ao longo do estudo.</p> <p>Antes do procedimento foi avaliada a história de dor da criança relativamente a procedimentos dolorosos, através de questões realizadas pela enfermeira.</p>	<p>crianças nesta faixa etária apresentam uma menor sensibilidade ao açúcar, visto já fazer parte da sua dieta diária.</p> <p>Enquanto que em RN a sacarose a 25% é eficaz, em crianças com idade compreendida entre os 16 e os 19 meses apenas a administração de sacarose a 75% mostrou ser eficaz na redução da dor face ao procedimento da vacinação.</p>
----------------------------------	--	---

		<p>Durante o procedimento as mães estavam sentadas com a criança ao seu colo. A enfermeira utilizou técnicas de distração e encorajamento. Foi utilizada chupeta durante o procedimento em apenas cinco crianças.</p> <p>Todos os bebês estavam acordados durante o procedimento.</p> <p>Após a administração da solução de teste, foram administradas as vacinas de acordo com a idade da criança.</p> <p>A resposta comportamental à dor foi avaliada utilizando o método CHEOPS, como uma escala objetiva. A escala inclui seis categorias de comportamento de dor: <i>cry, facial expression, verbal, torso, touch e legs</i>.</p>	
9. “Skin-to-skin care for	Johnston, C., Campbell-	Revisão sistemática da literatura em que se pretende dar resposta à seguinte pergunta: “O cuidado pele-a-pele é	- Os autores tiveram em conta estudos em que a resposta à dor perante um procedimento invasivo, a recuperação após um procedimento invasivo ou ambos foram medidos pelo menos

<p>procedural pain in neonates”</p>	<p>Yeo, M., <i>et al.</i> (2017)</p>	<p>eficaz para reduzir a dor nos procedimentos dolorosos em RN? Há algum problema de segurança?”. Os principais objetivos desta revisão foram determinar o efeito da utilização do método canguru no alívio da dor em RN submetidos a procedimentos dolorosos; comparar o efeito deste método com a utilização de outras intervenções, tais como usar sacarose oral ou analgésicos, balançar o bebê, etc.; ou determinar os efeitos da quantidade (duração em minutos) e da forma de realização do método canguru (com quem é que foi realizado este método) perante a redução da dor face a procedimentos dolorosos. O objetivo secundário passou por determinar a segurança da utilização do método canguru na redução da dor nos bebês submetidos a procedimentos dolorosos.</p>	<p>por um destes tópicos: indicadores comportamentais (duração do choro audível em segundos ou milissegundos; características faciais de desconforto, predefinidas, que refletiam dor; movimentos de desconforto, como flexão dos membros; etc.); alterações hemodinâmicas, tais como de frequência cardíaca (FC), frequência respiratória ou saturação de oxigênio; indicadores hormonais (cortisol, beta-endorfinas séricas) obtidos a partir de fluidos corporais (saliva, soro); <i>score</i> da dor, obtido através da utilização de escalas observacionais da dor (incluindo uma combinação de indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais). Estas medidas foram avaliadas antes, durante e após o procedimento doloroso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os autores desta revisão sistemática concluíram que existem provas mais fortes de que o método canguru alivia a dor no RN no momento da recuperação do procedimento doloroso do que propriamente durante esse mesmo processo. - Após a análise dos estudos, os autores não conseguiram chegar a uma conclusão relativamente a qual seria a correta duração do método canguru.
-------------------------------------	--------------------------------------	---	--

		Foram analisados 28 estudos em que os RN (com idade gestacional inferior a 37 semanas e até ao máximo de 44 semanas de gestação) foram submetidos a procedimentos dolorosos (trauma de pele) por médicos ou enfermeiros enquanto estavam em método canguru.	- Este método, que se revelou um procedimento benéfico no alívio da dor, pode ser realizado por ambos os progenitores, não tendo sido encontradas desvantagens quanto à sua utilização.
10. “Study to assess the effectiveness of ICE Application on Injection Site in Reducing Pain among Toddlers in Selected PHC, Bangalore – Cinalh”	Neethu, A M., (2015)	<p>Estudo semiexperimental, tendo como objetivo avaliar a eficácia da aplicação de gelo no local da vacinação, antes da administração desta, como medida de alívio da dor, na vacinação de crianças pequenas.</p> <p>O estudo foi realizado num centro de saúde rural, em Bangalore.</p> <p>Considerou-se como amostra 60 crianças com idades compreendidas entre os 15 e os 18 meses.</p> <p>Critérios de exclusão: crianças com atrasos no desenvolvimento e com transtorno convulsivo.</p>	<p>Os resultados do estudo mostraram que, no grupo experimental, 21 (70%) crianças revelaram um <i>score</i> de dor entre 1-4 (dor leve) e nove (30%) tiveram <i>score</i> 0 (ausência de dor). No grupo de controlo, 26 (86,7%) crianças apresentaram um <i>score</i> de dor entre 5-7 (dor moderada) e quatro (16%) de 1-4 (dor leve). Fica claro que o <i>score</i> médio de dor pós-teste do grupo experimental (5,07), com desvio padrão de 1,04, foi significativamente menor do que o pós-teste médio do grupo de controlo – 8,43 com desvio padrão de 0,72.</p> <p>- O autor do estudo conclui que a aplicação de gelo foi eficaz na redução da dor da vacina, das crianças em estudo.</p>

		<p>As 60 crianças foram divididas em dois grupos: 30 fizeram parte do grupo experimental e 30 do grupo controlo.</p> <p>No grupo experimental, foi colocado um cubo de gelo envolvido num pano de algodão, no local da administração da vacina, 30 segundos antes da administração da mesma.</p> <p>No grupo controlo, foram realizadas as intervenções habituais de rotina, antes da administração da vacina, não sendo colocado o gelo no local da administração da vacina.</p> <p>O nível de dor da vacina foi avaliado com a utilização da escala FLACC, em ambos os grupos.</p>	
11. “The Effect of Foot Reflexology on Acute Pain in Infants: A	Tuba Koç, Duygu Gozen. (2015)	Estudo controlado randomizado com o objetivo de avaliar o efeito de reflexologia realizada no pé da criança antes da administração de vacinas.	- Os autores deste estudo concluíram que, face aos dois grupos em estudo, o grupo da reflexologia apresentou frequências cardíacas mais baixas, saturações mais altas e menor tempo de choro durante a vacinação, em comparação com o grupo de

<p>Randomized Controlled Trial”</p>		<p>Este estudo foi realizado num centro de saúde em Istambul, na Turquia.</p> <p>Foi sujeito a este estudo um total de 60 bebés de termo, com idades compreendidas entre 1 e 12 meses, com peso corporal de 2.500-3.500 g, com desenvolvimento normal (de acordo com o <i>Ankara Developmental Screening Inventory</i> [ADSI]) e que não tinham recebido qualquer analgésico até três horas antes do procedimento da vacinação.</p> <p>Dos 60 lactentes, 30 constituíram o grupo de reflexologia e os outros 30 constituíram o grupo de controlo.</p> <p>Antes do procedimento foram avaliados em cada bebé altura, peso e perímetro cefálico. Posteriormente foram avaliadas a saturação de oxigénio e a frequência cardíaca. Por fim, foi avaliada a dor do lactente através da escala FLACC.</p>	<p>controlo. Este resultado mostrou que a reflexologia foi eficaz na redução dos períodos de choro dos bebés vacinados.</p> <p>- Este estudo conclui que a reflexologia permite aos bebés relaxarem antes e depois do procedimento da vacinação. Este método pode ser utilizado de uma forma confiável para o controlo da dor em crianças.</p> <p>- Os autores consideram que será necessário realizar mais estudos controlados, randomizados e rigorosos, com o objetivo de realçar que a reflexologia é uma medida não-farmacológica eficaz no alívio e na prevenção da dor na criança.</p>
---	--	---	---

		<p>A reflexologia foi então realizada no grupo de intervenção durante cerca de 20/30 minutos antes da vacinação, no colo das mães. Durante a realização da reflexologia todos os parâmetros anteriormente referidos foram novamente avaliados.</p> <p>Posteriormente foi administrada a vacina aos dois grupos em estudo.</p>	
12. “Therapeutic play: preparing the child for the vaccine”	Pontes, J.; Tabet, E; Folkmann, M.; <i>et al.</i> (2015)	<p>Estudo semiexperimental, de abordagem quantitativa, realizado com 60 crianças entre 3 e 6 anos e 11 meses, com o objetivo de identificar e comparar os comportamentos das crianças durante a vacinação, preparadas ou não para o procedimento com o brinquedo terapêutico.</p> <p>As crianças foram divididas em dois grupos. O grupo experimental foi constituído por 30 crianças que participaram numa sessão de brinquedo</p>	<p>- Ao participarem na sessão do brinquedo terapêutico, as crianças do grupo experimental tiveram oportunidade de lidar com a experiência dolorosa antes de a vivenciarem na realidade, o que aliviou o <i>stress</i> e o medo muitas vezes desencadeado pelo pensamento mágico, próprio da fase pré-escolar, na qual se encontrava a maioria das crianças do presente estudo – tanto do grupo de controlo (27 – 90%) quanto do experimental (24 – 80%).</p> <p>As crianças que beneficiaram da preparação prévia com o brinquedo terapêutico antes da vacinação apresentaram reações de maior aceitação durante o procedimento, permanecendo</p>

		<p>terapêutico antes da vacinação; o grupo de controlo, por 30 crianças que não receberam nenhuma preparação prévia. Os dados foram recolhidos através da observação da criança durante a vacinação e de uma entrevista com o seu responsável.</p> <p>Para registo dos dados, utilizou-se um formulário com dados de identificação da criança e reações apresentadas por esta ao ser vacinada.</p>	<p>quietas, colaborando espontaneamente, demonstrando tranquilidade e sorrindo.</p>
<p>13. “Too many crying babies: a systematic review of pain management practices during immunizations on YouTube”</p>	<p>Harrison, D., Sampson, M., <i>et al.</i> (2014)</p>	<p>Uma revisão sistemática de vídeos do YouTube que mostram a administração de vacinas a bebés com menos de 1 ano de idade. Os termos utilizados foram “baby injection” and “baby vaccine”. O objetivo foi avaliar a utilização de medidas de alívio da dor. A dor foi avaliada através da duração do tempo de choro e do <i>score</i> de dor utilizando a escala FLACC.</p>	<p>- Foram analisados 142 vídeos por dois peritos treinados. A maioria dos bebés recebeu uma vacina (variação de uma a seis). Quase todos os lactantes (94%) choraram antes do procedimento da vacinação ou durante este. Através da utilização da escala FLACC verificou-se que as pontuações durante as imunizações foram altas. Nenhum vídeo mostrou a utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação e somente quatro dos vídeos (3%) mostraram os bebés mantidos de frente no momento da vacinação.</p>

			<p>A distração usando o falar ou o cantar foi a única medida utilizada.</p> <p>- Os investigadores concluíram que existe uma crescente necessidade de divulgação da eficácia e da utilização de medidas não-farmacológicas no alívio da dor em bebés submetidos à vacinação.</p>
14. “Virtual reality for pain and anxiety management in children”	Arane, K., <i>et al.</i> (2017)	<p>Realizado um ensaio experimental com o objetivo de comprovar que a realidade virtual é uma medida não-farmacológica eficaz na redução da dor em crianças submetidas a procedimentos dolorosos como a vacinação.</p> <p>O ensaio foi realizado com 59 crianças/jovens de 7 a 19 anos. Foram divididos em três grupos: grupo de controlo, que recebeu tratamento padrão (creme anestésico tópico); grupo que recebeu distração não-RV (realidade virtual); e grupo que recebeu distração RV.</p>	<p>- Os resultados preliminares mostraram que a RV é mais eficaz que as restantes medidas utilizadas no estudo. No entanto, pode ser utilizada isoladamente ou em combinação com outras medidas não-farmacológicas.</p>

**Apêndice III – Análise Reflexiva: “Importância da Promoção da Amamentação pelo
EEESIP”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “A SAÚDE DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO
CLÍNICA”

Análise Reflexiva

Importância da Promoção da Amamentação pelo EEESIP
(Contexto de Cuidados de Saúde Primários – USF)

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, junho de 2018

A unidade curricular “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, enquadrada no segundo semestre do 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço, decorreu numa USF do concelho da Amadora.

Durante este estágio tive a oportunidade de participar em algumas sessões do Curso da Parentalidade, promovido pelo agrupamento de centros de saúde da Amadora.

Os cursos de preparação para o nascimento surgiram na Europa no princípio do século XX. O obstetra inglês Dick Read percebeu que as mulheres que pariam nos hospitais se sentiam mais tensas, com medo e sós, e que como tal tinham mais dificuldade em lidar com o seu filho. Compreendeu-se então que era necessário intervir, face a esta dificuldade, não só sobre a condição física da mãe mas também ao nível do seu estado psicológico. Surgiu, assim, uma crescente preocupação de informar as grávidas sobre aquilo que iria acontecer, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do filho (Boback, 2003).

Hoje em dia, apesar de existirem diferentes métodos ensino e de aprendizagem nos cursos de parentalidade, todos eles se baseiam nos mesmos princípios: informação sobre gravidez, processo de parto, preparação física, crenças e cuidados da mãe e do bebé.

As sessões do Curso da Parentalidade, curso de preparação para o parto, são encontros, habitualmente semanais, em horário pré-estabelecido, onde mães/casais se encontram com um ou vários profissionais e onde se debatem vários temas relacionados com a gravidez, o parto e o puerpério e se aprende a encontrar as melhores estratégias e/ou soluções para viver da forma mais saudável e esclarecida esta fase da vida da mulher/casal (OE, 2012).

O cuidado de Enfermagem à família inclui trabalhar com os pais antes do nascimento da criança, para uma melhor preparação do futuro e daquilo que puderem vir a enfrentar.

Numa das sessões do Curso da Parentalidade o tema abordado foi a amamentação. Pareceu-me ser um tema de franco interesse para as grávidas e os seus acompanhantes. Foi o tema que mais espoletou a partilha de dúvidas, medos, ansiedade e curiosidades, bem como entusiasmo.

A DGS (2015) refere “que todas as grávidas devem ser informadas sobre as vantagens e questões práticas do aleitamento materno, para uma tomada de decisão, nomeadamente: tempo de duração da amamentação exclusiva e importância de manutenção do aleitamento materno, se possível, até aos dois anos de vida”.

A prestação de cuidados à criança/à família em contexto de Aleitamento Materno (AM) enquadra-se numa das funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pois a este compete “promover a amamentação” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19194).

Ao investirmos no AM, estamos a contribuir para ganhos em saúde, uma vez que os benefícios abrangem todos os intervenientes – a criança, a mãe, a família e também a comunidade.

A amamentação é um foco da prática de enfermagem. O enfoque das intervenções da amamentação está na promoção, no suporte e no apoio ao Aleitamento Materno, que corresponde a um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem contemplados pela Ordem dos Enfermeiros (OE): “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (...)” (OE, 2012, p.16).

A promoção, a proteção do Aleitamento Materno e o apoio a este são uma prioridade no que diz respeito à Saúde Pública em toda a Europa e no mundo (OMS, 2002). Reduzidas taxas de adesão ao Aleitamento Materno ou a cessação do mesmo podem ter implicações adversas para a saúde, a mulher, a criança, a comunidade e/ou o meio ambiente (OMS, 2002).

Segundo Neto (2006), a composição do leite materno “(...) torna-o inimitável sob todos os pontos de vista; desempenha funções de alimento e medicamento com acção curativa e preventiva sobre um leque enorme de doenças da infância e na idade adulta e fornece todos os macro e micronutrientes necessários para que o ser humano cresça e se desenvolva física, intelectual e emocionalmente durante um dos períodos mais importantes da sua vida” (Neto, 2006, p.23). A autora lembra que o leite materno tem propriedades que o tornam único. Sob o ponto de vista de prevenção da infeção, o leite de uma mãe é, na generalidade dos casos, o alimento de eleição para o seu filho. O leite materno é um simbiótico, uma fonte natural de pró e pré-bióticos, que, só por si e independentemente de todas as outras substâncias que o compõem, constitui uma proteção contra doenças infecciosas e não-infecciosas em todos os períodos da vida, nomeadamente na idade adulta (Neto, 2006). É o alimento mais completo e é constituído por nutrientes que funcionam como defesas adequadas ao bebé, reforçando o seu sistema imunitário e protegendo-o de infeções, desnutrição, alergias, etc..

O aleitamento materno tem sido alvo de investigações em diferentes áreas científicas, verificando-se um aumento de conhecimentos no que diz respeito às características, à composição e às vantagens do leite materno. Essas investigações demonstram que as crianças alimentadas com leite materno são mais saudáveis, tendo um padrão de crescimento

e desenvolvimento superior e um risco diminuído de doenças agudas e crónicas (Pereira, 2006).

As vantagens do aleitamento materno incluem também o aspeto económico, pois este leite é menos dispendioso, face aos custos elevados da transformação do leite de vaca em fórmulas para lactentes e crianças (Almeida, 1996).

Face aos benefícios individuais para a saúde infantil, a prática do AM acarreta menores custos em saúde e menor absentismo laboral dos pais, dado que as crianças adoecem menos. O ato de amamentar favorece ainda o contacto direto entre a mãe e o bebé, reforçando o estabelecimento de vínculos afetivos, que vão ajudar no desenvolvimento físico, emocional e social do bebé/da criança. Gomes (1999) refere que “(...) o comportamento do filho induz estádios maternos susceptíveis de provocar uma maior ejeção de leite” na mãe, fornecendo à amamentação “(...) evidências biológicas e psicológicas, hoje também conhecidas através da investigação, e que explicam muita da fenomenologia dos primórdios da vinculação” (Gomes, 1999, p.143). Quando uma mulher amamenta “(...) está inequivocamente a estimular um reflexo de sucção indispensável ao desencadeamento de uma cascata de mecanismos que geram, em última instância, comportamentos vinculadores” (Gomes, 1999, p.145).

Bowlby (1984) refere que os bebés se comportam de maneira especial em relação aos seres humanos, do mesmo modo que as mães também são propensas a comportar-se de modo especial em relação aos bebés. Quando a mãe aconchega o bebé ao colo para o amamentar estabelece-se um contacto visual face a face e uma oportunidade de o bebé usar a boca, as mãos e os pés para se agarrar à mãe. De uma forma mútua inicia-se a interação entre a mãe e o seu bebé. Almeida (1996) salienta a importância do contacto físico, bem como da qualidade e do tempo das transações entre mãe e bebé durante a mamada. Para Almeida (1996) “o sucesso do aleitamento materno influencia a auto estima materna e o bem-estar do bebé, proporcionando experiências gratificantes à díade” (Almeida,1996, p.24). Ao proporcionar um momento único de contacto físico íntimo, a amamentação não só assegura a sobrevivência da criança como também contribui para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho. “(...) Após o estabelecimento do vínculo, este é poderoso e a sua qualidade influenciará também a qualidade dos vínculos futuros da criança” (Galvão, 2005, p.16).

Segundo a DGS (2012), um grande benefício da amamentação é ser uma preciosa estratégia não-farmacológica no alívio da dor dos RN e latentes. A amamentação “combina a sucção,

o contato materno e o preenchimento gástrico” (DGS, 2012), levando a uma redução das respostas da dor mediada pelo sistema opióide endógeno.

Muitas mães, por falta de informação e pelas dificuldades que enfrentam inicialmente no processo de amamentação, deixaram de amamentar os filhos, julgando que assim estavam a fazer o melhor para os seus bebés. Ideias como “o leite é fraco” continuam a existir atualmente, sobrepondo-se aos benefícios e às provas de que o aleitamento materno é o melhor para a saúde das crianças.

Todas estas contrariedades prendem-se com os valores sociais em relação à maternidade, à sexualidade e à emergência de novos padrões de família, dos quais dependem também as condições socioculturais para o apoio da prática do aleitamento materno (Badinter, 1985).

O ato aparentemente simples e “instintivo” de amamentar não é por si só suficiente para que se estabeleça uma amamentação de sucesso. A amamentação nem sempre é um processo fácil e livre de dificuldades, sendo por isso necessários a transmissão de informação e o apoio.

Investigações realizadas em Portugal revelam que 90% das mães portuguesas iniciam atualmente o aleitamento materno, mas que quase metade destas mães desiste durante o primeiro mês de vida do bebé (Galvão, 2006). Existem muitos fatores que poderão influenciar o tempo da amamentação; contudo, é importante que os enfermeiros estejam sensíveis para a temática e que promovam intervenções que ajudem as mães a amamentar por mais tempo.

Após uma Análise Reflexiva sobre este tema e sua extrema importância, potenciada pelo Curso de Parentalidade, penso que é fundamental o enfermeiro especialista intervir adequadamente na promoção do aleitamento materno ao longo das várias fases do ciclo vital da mulher/da família, de modo a informá-la corretamente, permitindo a tomada de decisão consciente, fornecendo apoio e prevenindo complicações associadas à amamentação – ou ajudando a lidar com situações mais complicadas que possam surgir.

É fundamental que as orientações fornecidas pelos enfermeiros não sejam diferentes nem contraditórias, porque isso aumenta a ansiedade e a angústia das mães (Pereira, 2006). A promoção do aleitamento materno deve ser iniciada precocemente, ainda durante a gravidez, pois neste período a mulher encontra-se mais sensível a todas as informações e motivada para a adoção de práticas que promovam a saúde do seu filho. Franco (2003) sublinha que a informação e o apoio face ao aleitamento materno devem ser dados em tempo oportuno.

Durante a gravidez é importante incentivar também a família a participar em reuniões/encontros com outros casais com diferentes experiências, que deverão assumir um

caráter mais educativo do que informativo. É isto que acontece no curso de Parentalidade, e os testemunhos reais revelam-se um forte instrumento de sensibilização e apoio. A existência de conselheiras de amamentação no agrupamento de centros de saúde da Amadora tranquilizou as famílias que integravam este curso. Saber que não estão sozinhas e que terão apoio neste processo, que poderá ser difícil e ter alguns obstáculos, contribuiu para reduzir a ansiedade e o sentimento de solidão que algumas verbalizaram, ou até que sentiram nas gravidezes passadas.

A função do enfermeiro na promoção do aleitamento materno não se prende apenas com as mães que decidem amamentar, mas também com aquelas que não o fazem, tomando uma atitude de apoio e informação e não forçando a amamentação.

A prestação de cuidados à criança/à família em contexto de Aleitamento Materno (AM) enquadra-se numa das funções do EEESIP, pois a este compete promover a “(...) vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19194) e, por conseguinte, “promover a amamentação” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19194).

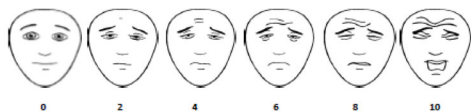
Em conclusão, apesar de a evidência científica revelar os inúmeros benefícios do aleitamento materno, nem todas as mulheres escolhem amamentar os seus bebés. Há muitos fatores que, em momentos diferentes, nomeadamente antes e durante a gravidez, durante e após o parto e ainda depois da alta clínica, podem interferir negativamente na decisão da mãe no que toca à amamentação. Quanto à informação-chave que retive, e que a ciência reforça, vale a pena recordar que para o sucesso do aleitamento materno interferem três fatores básicos e fundamentais: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Boback, 2003).

Referências Bibliográficas:

- Almeida, M. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. Apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bobak, I. et al. (2003). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência.
- Bowlby, John (1984). *Apego e Perda*. Vol. 1. S. Paulo: Martins Fontes.
- Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 024/2012).
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
- Franco, L; Reynolds, P (2002). *Factores associados ao abandono do aleitamento materno pela múltipara*. Monografia apresentada no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, ESESJC. Funchal.
- Galvão, D (2005). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Gomes, A.; Rocha, L. (1998). *Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida*. Coimbra: Saúde Infantil.
- Neto, M. T. (2006) - *Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na prevenção*. Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Nutrição do Lactente e Criança: Estratégia mundial para alimentação do lactente e criança*. Organização Mundial de Saúde.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da Republica n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Port.

Apêndice IV – Auxiliar de Memória: “Compilação das Escalas de Avaliação da Dor na Criança”

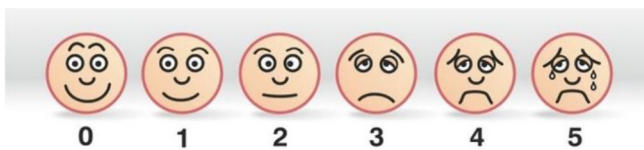
R (escala de 0-10) – 4- 6 anos de idade



0-Ausência de dor; 10- Dor máxima

Escala de Faces Wong- Baker

(escala de 0- 5)- > 6 anos de idade



0 – Está feliz porque não tem dor; 1- Tem apenas pouca dor; 2- Tem um pouco mais de dor; 3- Tem ainda mais dor; 4- Tem muita dor; 5- Tem dor máxima



Realizado por Joana Santos, aluna de mestrado em SIP na UCP. Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista A. C.P e da Professora Doutora Margarida Lourenço

Escala FLACC (escala de 0-10) - < 4anos de idade

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontpés ou esticadas
ATIVIDADES	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingo; queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar
TOTAL	0 - Ausência de dor; 10 - Dor máxima		

Apêndice V – Plano de Sessão de Formação: “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “A SAÚDE DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO
CLÍNICA”

Plano de sessão de formação

“Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e
do Jovem”

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, junho de 2018

PLANO DA SESSÃO

TEMA	Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem
LOCAL	USF
FORMADORA	Enfermeira Joana Romano Santos
POPULAÇÃO-ALVO	Enfermeiros e médicos da USF
DATA	11 de junho de 2018
HORA	14 horas

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	Duração
Introdução	Apresentar: - A formadora. - Os temas abordados. - Os objetivos da sessão.	Pertinência do tema. Definição da dor na criança. Identificação das medidas não-farmacológicas de alívio da dor na criança. Enumeração das medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor mais adequadas para o procedimento da vacinação.	Expositiva	5 minutos
Análise	Explorar os conhecimentos atuais dos profissionais e as necessidades que sentem e despistar	Dúvidas dos profissionais de saúde face às temáticas apresentadas.	Reflexiva	5 minutos

	<p>potenciais dificuldades.</p> <p>Enumerar alguns métodos a adotar para facilitar o processo da avaliação da dor e implementar as medidas não-farmacológicas mais adequadas para a criança.</p>			
Desenvolvimento	<p>A Criança e Dor.</p> <p>Avaliação da Dor.</p> <p>Escalas de avaliação da Dor.</p> <p>Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança.</p> <p>Evidência Científica.</p>	<p>Informação fundamentada e atualizada sobre as temáticas abordadas.</p>	<p>Expositiva e demonstrativa</p>	<p>20 minutos</p>
Validação	<p>Verificar se a população-alvo compreendeu tudo aquilo que foi explicado e se reúne as condições para realizar os procedimentos com confiança, de forma</p>	<p>Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão.</p>	<p>Expositiva e interrogativa</p>	<p>5 minutos</p>

	esclarecida e em segurança.			
Conclusão	Esclarecer dúvidas. Refletir sobre a importância das temáticas abordadas.	Síntese das ideias-chave.	Expositiva e interrogativa	10 minutos Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Entrega dos desdobráveis elaborados sobre as medidas não-farmacológicas no alívio da dor da criança submetida à vacinação e a utilização da glicose a 30%;
- Entrega do auxiliar de memória sobre as escalas de avaliação da dor na criança;
- Entrega da proposta de norma de procedimento elaborada.

Apêndice VI – Sessão de Formação: “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”



Medidas Não-Farmacológicas No Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem

Lisboa, 11 de junho de 2018

Realizado por Joana Romano Santos,
estudante de mestrado de SIP da UCP
Sob orientação da Enfermeira Mestre
e Especialista A. C. P. e da Professora
Doutora Margarida Lourenço

Objetivo da Sessão

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da avaliação da dor e da utilização de medidas não-farmacológicas de alívio da dor, nas crianças e nos jovens, no procedimento da vacinação.



1

Objetivos Específicos

- Definir a dor na criança;
- Identificar as medidas não-farmacológicas de alívio da dor na criança;
- Enumerar as medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor mais adequadas para o procedimento da vacinação.



2

Sumário

- A Criança e a Dor;
- Avaliação da Dor;
- Escalas de avaliação da Dor;
- Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança;
- Evidência Científica;
- Conclusão;
- Bibliografia.



3

A Dor na Criança

A Criança e a Dor

Avaliação

- O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consagrado na Carta da Criança Hospitalizada (*“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”*). (DGS, 2010)

medidas

- A Direção-Geral de Saúde 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 passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”*. (DGS, 2003)

Conclusão

Referências Bibliográficas



4

A Dor na Criança

A Criança e a Dor

Avaliação

- As experiências de dor vivenciadas na infância podem deixar *“memória”* no sistema nervoso, que irá condicionar a resposta a estímulos dolorosos ao longo da vida. (Holzman, 2008)

medidas

DOR
5.º Sinal Vital

Conclusão

“É uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual, concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. (APEd, 2015)

Referências Bibliográficas



5

A Dor na Criança	A Criança e a Dor	
Avaliação	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;">DOR AGUDA</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>É breve, tendo uma causa conhecida ou um processo fisiológico conhecido</p> </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>É persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses ou persistindo após a cura da causa/lesão que lhe deu origem</p> </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;">DOR CRÓNICA</div> </div>	
medidas		
Conclusão	<p>FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiência pessoal; • Idade; • Género; • Ambiente; • Cultura e religião. 	
Referências Bibliográficas		

(DGS, 2008)

6

A Dor na Criança	Manifestação da Dor na Criança		
Avaliação	1 ANO	1- 7 ANOS	> 12 ANOS
medidas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações de sinais vitais; ✓ Postura antiálgica; ✓ Irritabilidade/ agitação; ✓ Choros/ gemidos/ gritos; ✓ Agitação noturna/ Insónia; ✓ Fácies característica de dor; ✓ Rubor/ palidez cutânea; ✓ Sudorese intensa; ✓ Recusa alimentar; ✓ Dificuldade em ser consolado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Choro alto, gritos; ✓ Expressões verbais de "ai", "ui"; ✓ Agitação motora; ✓ Evitar procedimento - negociação; ✓ Tentar empurrar o estímulo para longe; ✓ Não colaborar; ✓ Solicitar o fim do procedimento; ✓ Agarrar-se aos pais ou pessoa significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamento de bloqueio: "espere"; ✓ Rigidez muscular; ✓ Punhos fechados; ✓ Dentes cerrados; ✓ Membros contraídos; ✓ Olhos fechados.
Conclusão			
Referências Bibliográficas			

7

A Dor na Criança	Avaliação da Dor	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • A quantificação da sessão dolorosa pode ser realizada através: <ul style="list-style-type: none"> Escalas de Autoavaliação Escalas de Heteroavaliação 	
medidas		
Conclusão		
Referências Bibliográficas		

8

Escalas de Avaliação da Dor na Criança

A Dor na Criança	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • EDIN (ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ) • NIPS (NEONATAL INFANT PAIN SCALE) • PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE) • N-PASS (NEONATAL PAIN, AGITATION E SEDATION SCALE)
medidas	<ul style="list-style-type: none"> • FLAC (FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY)
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • FPS - R (FACE PAIN SCALE – REVISED)
Referências Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> • EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA) • EN (ESCALA NUMÉRICA) • FP-R (FACE PAIN SCALE – REVISED) • ESCALA DE FACES DE WONG BAKER

9

Escalas de Avaliação da Dor

A Dor na Criança

Avaliação

medidas

Conclusão

Referências Bibliográficas

Escala de Heteroavaliação

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

Pontuação de 0-10
0- Ausência de dor;
10- Dor máxima

(DGS, 2010)

10

Escalas de Avaliação da Dor

A Dor na Criança

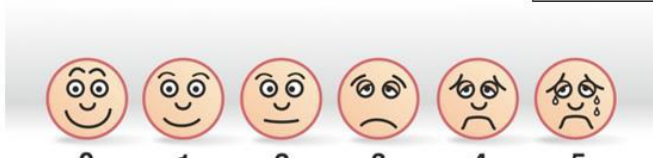
Avaliação

medidas

Conclusão

Referências Bibliográficas

Escala de Autoavaliação



0 1 2 3 4 5

ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER

Escala de faces Wong-Baker

Pontuação de 0-5 :

0 – Está feliz porque não tem dor
1- Tem apenas pouca dor
2- Tem um pouco mais de dor
3- Tem ainda mais dor
4- Tem muita dor
5- Tem dor máxima

Válida a partir dos 3 anos

(DGS, 2010)

11

A Dor na Criança

Escalas de Avaliação da Dor

Avaliação

Válida a partir dos 4 anos. Escala de Autoavaliação

FACE PAIN SCALE – REVISED (FPS)

0 2 4 6 8 10

Pontuação de 0-10; 0- Ausência de dor; 10- Dor máxima

Sem dor - face 1 (pontuação 0);
 Dor ligeira - face 2 (pontuação 2);
 Dor moderada - face 3 (pontuação 4);
 Dor intensa - face 4 (pontuação 6);
 Dor muito intensa - face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10).

(DGS, 2010)

12

A Dor na Criança

medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

Avaliação

- As **medidas não-farmacológicas** “são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (OE, 2013, p.17)

medidas

- Não substituem as medidas farmacológicas;
- Utilizam-se em situações de dor ligeira a moderada;
- INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM;**
- São seguras, não-invasivas e pouco dispendiosas.

(OE, 2013, p.17; Batalha, 2010, p.14)

13

A Dor na Criança

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

Critérios de escolha...

Avaliação

medidas

(OE, 2013)

14


Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

Classificação...

Anexo IV – Intervenções não-farmacológicas

Intervenção	Definição	Objectivos
Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC)	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino de assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de coping.	Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
Reestruturação cognitiva	Tipo de TCC na qual a pessoa é invitada a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Corrigir pensamentos adaptativos.
Treino de habilidades de coping	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de coping, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-empoderamento de coping adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar / gerir a dor e o stress.
Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição do stress, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade.
Distração	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio; aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.

Intervenção	Definição	Objectivos
Exercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
Imobilização	Restrição e limitação de movimentos.	Mantém o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
Massagem	Acto de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
Estimulação eléctrica transcutânea – TENS	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação selectiva dos receptores sensoriais cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
Toque Terapêutico	Processo intencional de reparação do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	



15 (OE, 2013)

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança


A Dor na Criança

Avaliação

medidas

Conclusão


Referências Bibliográficas



É um procedimento breve, mas doloroso. (OE, 2013)

Vacinação

- A dor associada à vacinação é uma fonte de ansiedade e angústia para as crianças, para os seus pais e para quem executa o procedimento. (Schechter, 2007)
- A preparação da criança antes da administração da vacina pode reduzir a ansiedade e a dor resultante. (Schechter, 2007)



16

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança 0 - 18 Meses

- Reduzir a incidência de **luz** e o **ruído** ambiental;
- Posicionar** adequadamente o bebé;
- Concentrar as **manipulações**;
- Aplicar **massagem terapêutica**;
- Embalar, dar «colinho»;
- Promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido (principalmente da mãe);
- Aplicar o método “**canguru**”;
- Promover a **sucção não-nutritiva** (chupeta);
- Promover alimentação por **leite materno**;
- Administrar **sacarose a 24%/ Glucose a 30%**.



17

A Dor na Criança	Sacarose/ Glicose Oral a 30%	
Avaliação	<p>É um método seguro e eficaz na prevenção e alívio da dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos em crianças até ao ano de idade.</p>	
medidas		
Conclusão	<p>Dose máxima eficaz para crianças até um ano de idade</p> <p>2ml</p>	
Referências Bibliográficas	<p>(Hatfield et al, 2008); (DGS, 2012)</p>	


18

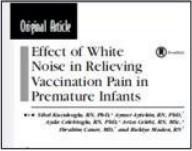




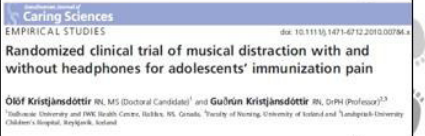

A Dor na Criança	Sacarose/ Glicose Oral a 30%	
Avaliação	<p>• Administrar 2-5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ou terapêutico potencialmente doloroso (uma vez que o pico de ação é atingido em 2 minutos, com duração da ação de 5-10 minutos).</p> <p>• Administrar gota a gota a solução adocicada na região anterior da língua, superfície bucal ou na chupeta, de modo a promover a sucção não nutritiva que potencia o efeito da mesma.</p> <p>• Repetir o processo, se necessário, se não atingiu a dose máxima recomendada.</p> <p>• Registrar possíveis efeitos adversos no processo clínico da criança.</p> <p>• Respeitar a data de validade da solução.</p>	
medidas	<p>Contra Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Intolerância à glucose e frutose; ⇒ Suspeita de NEC (enterocolite necrosante); ⇒ Hiperglicemia. 	<p>Efeitos Adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Risco de aspiração; ⇒ Distensão abdominal; ⇒ Hiperglicemia.
Conclusão		
Referências Bibliográficas	<p>(DGS, 2012)</p>	

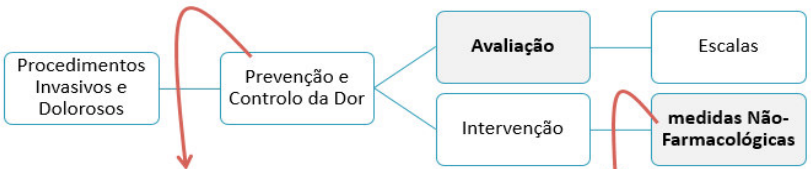
19


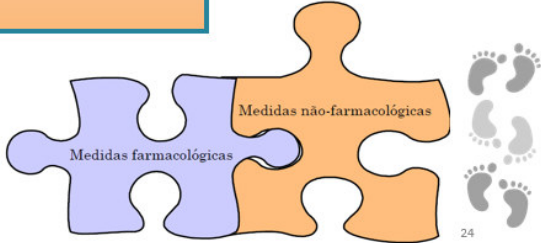
A Dor na Criança	Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança 5 anos-6 anos	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distração; ▪ Simulação/modulação; ▪ Utilização do brinquedo favorito; ▪ Relaxamento muscular; ▪ Aplicar massagem terapêutica; ▪ Aplicação do frio; ▪ Musicoterapia; ▪ Reforço positivo. 	
medidas		
Conclusão		
Referências Bibliográficas	<p>(DGS, 2012, p.1; OE, 2013)</p>	

20

A Dor na Criança	Medidas Não-Farmacológicas no Controle da Dor da Criança 10 anos- 13 anos	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distração; ▪ Imaginação guiada; ▪ Aplicação do frio; ▪ Aplicação de massagem no local; ▪ Musicoterapia; ▪ Reforço positivo. 	
medidas		
Conclusão	(DGS, 2012, p.1; OE, 2013)	https://www.youtube.com/channel/UcN2i9eSR5wt-tHcqK8gmsfA https://youtu.be/5Ex4c7sUrwE
Referências Bibliográficas		21

A Dor na Criança	Evidência Científica	
Avaliação		
medidas		
Conclusão		
Referências Bibliográficas		22

A Dor na Criança	Conclusão		
Avaliação	Cuidados Centrados na Família	Cuidados Atraumáticos	Parceria de Cuidados
medidas			
Conclusão	<p>Exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se prestam cuidados individualizados, personalizados e humanizados = excelência de cuidados</p>		<p>Alargar o campo de intervenção autônoma e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem</p>
Referências Bibliográficas	<p>Promover o conforto e a qualidade de vida da criança e da família</p>		23

A Dor na Criança	Conclusão
Avaliação	<p>A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando medidas farmacológicas e não farmacológicas. (Satalha, 2010, p.14)</p>
medidas	
Conclusão	
Referências Bibliográficas	24

A Dor na Criança	Dúvidas?
Avaliação	
medidas	
Conclusão	25
Referências Bibliográficas	



A Dor na Criança	Referências Bibliográficas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Consultado em maio de 2018: http://www.aped-dor.org/. • Batalha, L. (2010) - <i>Dor em pediatria: Compreender para mudar</i>. Lisboa: Lidel. • Batalha, L. (2010) - Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>. Vol 3, no 2, 73-80. • Direção Geral de Saúde (2003). <i>Circular Normativa nº 9/DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor</i>. Lisboa. • Direção-Geral de Saúde (2010). <i>Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças</i>. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010). • Direção-Geral de Saúde (2012). <i>Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)</i>. Lisboa (Orientação n.º24/2012). • Direção-Geral de Saúde (2013). <i>Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</i>. Lisboa : DGS • Direção-Geral de Saúde (2017). <i>Programa Nacional de Vacinação 2017</i>. Lisboa : DGS • Holzman Rs, Mancuso T, Polaner DM (2008). <i>A Practical Approach to Pediatric Anesthesia</i>. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer. • Matsuda M., Martins M., Neto Filho M., Matta A. (2013). <i>Métodos não- farmacológicos no alívio da dor do recém-nascido</i>. <i>Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research</i>. Vol. (5), 59-63. • Ordem dos Enfermeiros (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática – medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. <i>Cadernos OE – Série I – número 6</i>. Portugal.
medidas	
Conclusão	
Referências Bibliográficas	



Apêndice VII – Desdobrável: “Estratégia Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação da Criança”

Ideias-chave

As **estratégias não-farmacológicas** "são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente" (OE, 2013).



Não substituem as estratégias farmacológicas;

Utilizam-se em situações de dor ligeira a moderada;

SÃO INTERVENÇÕES

AUTÓNOMAS DE ENFERMEIRA;

GEM;

São seguras, não-invasivas e pouco dispendiosas. (OE, 2013)

Bibliografia

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Consultado em maio de 2018: <http://www.aped-dor.org/>.
- Direcção-Geral de Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital- Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa.
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 14/2010).
- Direcção-Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa (Orientação n.º 24/2012).
- Direcção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa : DGS.
- Direcção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa : DGS.
- Ordem das Enfermeiras (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE–Série I – número 6. Portugal.



Folheto realizado por Joana Romano Santos Enfermeira de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria da UCP
Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista A. C. P. e da Professora Doutora Margarida Lourenço

A Criança

Estratégia não-farmacológica para o alívio e a prevenção da dor na vacinação



0-18 Meses



- Reduzir a incidência de **luz** e o **ruído** ambiental;
- **Posicionar** adequadamente o bebé;
- Aplicar **massagem terapêutica**;
- Promover o **contacto físico** dos pais com o bebé;
- Aplicar o método "canguru";
- Promover a **sucção não-nutritiva**;
- Promover alimentação por **leite materno**;
- Oferecer **sacarose de 24%**.

(DGS, 2012; OE, 2013)

5-6 anos

- **Distração**;
- **Simulação/Modulação**;
- Utilizar o **brinquedo favorito**;
- **Relaxamento muscular**;
- **Massagem terapêutica**;
- Aplicação de **frio**;
- **Musicoterapia**;
- **Reforço positivo**.

(DGS, 2012; OE, 2013)



10-13 anos

- **Distração**;
- **Imaginação guiada**;
- Aplicação de **frio**.



- **Massagem local**;
- **Musicoterapia**;
- **Reforço positivo**.

(DGS, 2012; OE, 2013)

Apêndice VIII – Cartaz informativo: “Pai, Mãe, não Temos Medo das Vacinas!”

Não me digam que...

- Vou levar uma “pica”;
- Se me portar mal... levo outra;
- Não vai doer nada;
- Se me portar mal, fico de castigo;
- Só sou forte se não chorar;
- Para não vos envergonhar!

**Sejam
sinceros,
tolerantes
e calmos!**



Pai e Mãe, não temos medo das vacinas!

**Digam-me o que vai acontecer;
Digam-me o que é que as vacinas podem prevenir;
Incentivem-me;
Dêem-me mimos;
Elogiem-me;
Brinquem comigo.**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Folheto informativo realizado por Joana Santos | Estudante de Mestrado em Enfermagem de SP da UCP
Sob orientação da Enfermeira A. C. P. e da Professora Doutora Margarida Lourenço

Bibliografia: BARROS, Luísa (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. Temas em Psicologia, Lisboa, Vol. 18, n.º 2, 295-306 ISSN 1413-389X. Fonte de imagem: <http://www.celsoantunes.com.br/impossivel-acreditar/>.

Apêndice IX – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”

Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: _____

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo): _____

LOCAL DA SESSÃO: _____

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão formativa que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?				
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?				
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?				
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?				
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?				
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?				

7. A documentação distribuída é de qualidade?				
8. A duração da formação foi adequada?				
9. O horário da formação foi adequado?				

AValiação do Formador	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
10. Domínio dos conteúdos apresentados				
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos				
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos				
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
14. Gestão do tempo				
15. Pontualidade				

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice X – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação
“Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem”

Análise dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação:

Medida Não-Farmacológicas no Alívio da Dor na Vacinação da Criança e do Jovem

Avaliação Global da Formação

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Respostas Totais
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?	0	0	5	15	20
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?	0	0	5	15	20
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?	0	1	8	11	20
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?	0	0	7	13	20
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?	0	0	9	11	20
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?	0	0	9	11	20
7. A documentação distribuída é de qualidade?	0	0	5	15	20

8. A duração da formação foi adequada?	0	0	5	15	20
9. O horário da formação foi adequado?	0	0	4	16	20

Avaliação do Formador

Questões	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Respostas
10. Domínio dos conteúdos apresentados	0	0	3	17	20
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos	0	0	2	18	20
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos	0	0	8	12	20
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	4	16	20
14. Gestão do tempo	0	0	3	17	20
15. Pontualidade	0	0	2	18	20

Não foram feitas sugestões em nenhum dos questionários.

Apêndice XI – Desdobrável: “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação”

Ideias-chave

As **estratégias não-farmacológicas** são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente". (OE, 2013)



Não substituem as estratégias farmacológicas;
Utilizam-se em situações de dor ligeira a moderada;
SÃO INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM;
São seguras, não-invasivas e pouco dispendiosas.

Bibliografia

1. Great Ormond Street Hospital, Protocol for the use of sucrose solution for procedural pain management, 2007;
2. Moore, K; Persuad, T. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology 8th: Elsevier, 2007;
3. Vídeo – Sucrose At 2004;
4. Marcolto, JD; Tavares, EC; Yerkes, PS. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;
5. Carbajal Puériculture, Nº 187, Mars - Avril 1999, p. 22-23;
6. Carbajal, R. Traitements non médicamenteux. Solutions sucrées pour soulager la douleur des gestes chez le nouveau-né. 2004;
7. Aquino, FM; Christoffel, MM. Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem. Rev Rene. 2010; 11: 169-17;
8. Hatfield, LA et al. Analgesic properties of oral SUCROSE during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics. 2008; 121(1):21;
9. Direcção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre o controlo da dor em recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação n.º 024/2012, de 18/12/2012, p. 11;
10. Direcção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientações nº 022/2012, de 18/12/2012, p. 11.

USF Venda Nova

Rua João de Deus, n.º 2 – R/C, 1.º e 2.º andares
2700-488, Venda Nova – Amadora
Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 20:00h.



LIBROS-PRETO-VERDE

Folheto realizado por Joana Romano Santos
Enfermeira de Mestrado de Saúde Infantil e
Pediatría da UCP
Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista A. C. P. e a Professora
Doutora Marganda Lourenço

Glicose a 30%

Medida não-farmacológica para o alívio e a prevenção da dor na vacinação

Utilizada em crianças até 1 ano de idade

Glicose a 30%

A administração de Sacarose oral/**Glicose oral a 30%** é um método seguro e eficaz para a **prevenção e o alívio da dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos no recém-nascido e em crianças até a 1 ano de idade.**¹

⇒ **Glicose oral a 30%** - é um monossacarídeo numa solução para administração oral, de atuação rápida.²

⇒ Solução estéril em ampolas de 20 ml, com estabilidade de 24 horas após aberta, guardada no frigorífico a 4º C.²

⇒ 20 ml = 6gr de Glicose
1 ml = 300 mg de Glicose.²

Instruções de Utilização

- **Iniciar 2-5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ou terapêutico potencialmente doloroso** (uma vez que o pico de ação é atingido em 2 minutos, com duração da ação de 5-10 minutos).^{1,8}
- **Administrar gota a gota a solução adocçada na região anterior da língua, na superfície bucal ou na chupeta**, de modo a promover a sucção não-nutritiva que potencia o efeito da mesma.^{1,9,10}
- Repetir o processo, se necessário e se não atingiu a dose máxima recomendada.
- Registrar possíveis efeitos adversos no processo clínico da criança.^{9,10}
- Respeitar a data de validade da solução.

Especificações

Dose máxima eficaz para crianças até 1 ano de idade
2ml

Indicações

- Punção venosa, arterial, capilar e subcutânea;
- Cateterização vesical;
- Substituição e remoção de sonda nasogástrica;
- Punção suprapúbica;
- Mudança de penso;
- Remoção de adesivos;
- Mudança de saco de colostomia;
- Remoção de drenos e suturas.

Contra Indicações²

- ⇒ Intolerância a glicose e frutose;
- ⇒ Suspeita de NEC (enterocolite necrosante);
- ⇒ Hiperglicémia.

Efeitos Adversos²

- ⇒ Risco de aspiração;
- ⇒ Distensão abdominal;
- ⇒ Hiperglicémia.

Apêndice XII – Proposta de Norma de Procedimento: “Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação”

(Proposta de norma de procedimento)

Glicose a 30% – Medida Não-Farmacológica para o Alívio e a Prevenção da Dor na Vacinação

OBJETIVO

Prevenir a dor associada a procedimentos dolorosos na criança até a 1 ano de idade.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Equipa de Enfermagem.

RESPONSABILIDADE

Equipa de Enfermagem.

DEFINIÇÕES

Sacarose 24% – é uma solução para administração oral, eficaz na prevenção e no alívio da dor em alguns procedimentos, e sendo de fácil utilização e rápida atuação.¹

DESCRIÇÃO

A administração de sacarose oral é um método seguro e eficaz na prevenção e no alívio da dor relacionada com procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos no recém-nascido e em crianças até 1 ano de idade.

Composição:

- É um dissacárido composto por frutose e glicose;
- Composta por 24% de sacarose e 76% de água destilada;
- **1ml = 240 mg de sacarose.**

Mecanismo de ação:

A solução adocicada induz analgesia através da ativação dos opióides endógenos, com ação nas vias descendentes que modulam a dor.³

As fibras nervosas sensoriais da língua estão estabelecidas a partir das 23-28 semanas de gestação. As fibras do gosto unificam-se na “medula ablongata”, onde se estabelecem sinapses com fibras que transmitem a sensação de tato, dor e temperatura.²

A ação das endorfinas ocupa os nociceptores e modula a transmissão neuronal do estímulo algíco. Esta ação é potenciada se for adicionado um estímulo oral antes da realização do procedimento, nomeadamente a sucção não-nutritiva com chupeta ou com dedo.

A analgesia promovida pela sucção não-nutritiva parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, através da libertação de endorfinas (serotonina), promovendo a inibição da hiperatividade e modulando o desconforto do recém-nascido.^{4,5,6,7}

Especificações:

- Sem conservantes nem aditivos;
- Unidose de 1,5 ml ou frascos de 50 ml;
- Solução estéril, em unidoses assépticas ou em frascos com 15 dias de validade (após aberto, deve ser colocado no frigorífico a 4° C);
- Facilidade de utilização.

Instruções de utilização:

- Iniciar 2-5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ou terapêutico potencialmente doloroso (uma vez que o pico de ação é atingido em 2 minutos, com duração da ação de 5-10 minutos);^{1,8}
- Recomendado para crianças até 1 ano de idade;
- Administrar gota a gota a solução adocicada na região anterior da língua, na superfície bucal ou na chupeta, de modo a promover a sucção não-nutritiva que potencia o efeito da mesma;^{1,9,10}
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose administrada pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos;^{9,10}
- Repetir o processo, se necessário e se não atingiu a dose máxima recomendada;
- Registrar possíveis efeitos adversos no processo clínico da criança;^{9,10}
- Respeitar a data de validade da solução.

Doses máximas de administração:

- Unidose = 1,5 ml = 360mg
- Intervalo de administrações = 4 horas

Peso	Dose - ml	Dose - mg
<3 kg	0,5 ml	120 mg
3-9 kg	1 a 1,5 ml	240 a 360 mg
10-15 kg	1,5 a 2 ml	360 a 480 mg

Indicações:

- Punção venosa, arterial, capilar e subcutânea;
- Cateterização vesical;
- Aspiração de secreções;
- Substituição e remoção de sonda nasogástrica;

- Exame oftalmológico;
- Punção suprapúbica;
- Mudança de penso;
- Remoção de adesivos;
- Mudança de saco de colostomia;
- Remoção de drenos e suturas.

Contraindicações:

- Intolerância à glicose e à frutose;
- Suspeita de enterocolite necrosante;
- Hiperglicemia.

Efeitos Adversos:

- Risco de aspiração – observar sinais de engasgamento, tosse, náusea, vômito;
- Distensão abdominal;
- Hiperglicemia.

CASO HAJA INDISPONIBILIDADE de sacarose a 24%, deverá ser administrar GLICOSE ORAL A 30%

- ❖ **Glicose a 30%** - é um monossacarídeo numa solução para administração oral, de atuação rápida;²
- ❖ Solução estéril em ampolas de 20 ml, com estabilidade de 24 horas após aberta, guardada no frigorífico a 4° C;
- ❖ 20 ml = 6gr de Glicose | **1 ml = 300 mg de Glicose.**

Instruções de utilização:

- Iniciar 2-5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ou terapêutico potencialmente doloroso (uma vez que o pico de ação é atingido em 2 minutos, com duração da ação de 5-10 minutos);^{1,8}
- Recomendado para crianças até 1 ano de idade;
- Administrar gota a gota a solução adocicada na região anterior da língua, na superfície bucal ou na chupeta, de modo a promover a sucção não-nutritiva que potencia o efeito da mesma;^{1,9,10}
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose administrada pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos;^{9,10}
- Repetir o processo, se necessário e se não atingiu a dose máxima recomendada;
- Registrar possíveis efeitos adversos no processo clínico da criança;^{9,10}
- Respeitar a data de validade da solução.

Dose por administração:

- **Dose máxima eficaz para RN de termo = 2 ml**
- **Dose máxima para crianças até ao ano de idade = 2 ml**

Intervalo entre as administrações:

- 4 horas – no máximo 6 tomas por dia.

Indicações:

- Punção venosa, arterial, capilar e subcutânea;
- Cateterização vesical;
- Aspiração de secreções;
- Substituição e remoção de sonda nasogástrica;
- Exame oftalmológico;
- Punção suprapúbica;
- Mudança de penso;
- Remoção de adesivos;
- Mudança de saco de colostomia;

- Remoção de drenos e suturas.

Contraindicações:

- Intolerância à glicose e à frutose;
- Suspeita de enterocolite necrosante;
- Hiperglicemia.

Efeitos adversos:

- Risco de aspiração – observar sinais de engasgamento, tosse, náusea, vômito;
- Distensão abdominal;
- Hiperglicemia.

Referências Bibliográficas:

1. Great Ormond Street Hospital. Protocol for the use of sucrose solution for procedural pain management, 2007;
2. Moore, K; Persaud, T. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology 8th: Elsevier, 2007;
3. Vídeo – Sucrose A₃ 2004;
4. Marcatto, JO; Tavares, EC; Yerkes, PS. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;
5. Carbajal Puériculture, n.º 187, Mars – Avril 1999, p 22-23;
6. Carbajal, R. Traitements non médicamenteux. Solutions sucrées pour soulager la douleur des gestes chez le nouveau-né. 2004;
7. Aquino, FM; Christoffel, MM. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem. Rev Rene. 2010; 11: 169-17;
8. Hatfield, LA et al. Analgesic properties of oral SUCROSE during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics. 2008; 121 (2);
9. Direção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre o controlo da dor em recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação n.º 024/2012, de 18/12/2012, p. 11;

10. Direção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientações n.º 022/2012, de 18/12/2012, p. 11.

APROVAÇÃO E REVISÃO

Este procedimento foi aprovado em _____

e será revisto de 3/3 anos ou sempre que se justifiquem alterações.



Realizado por Joana Romano Santos, estudante de mestrado de SIP da UCP

Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista A. C. P. e da Professora Doutora Margarida Lourenço

Apêndice XIII – Plano de Sessão de Formação: “Posicionamento Terapêutico do RN na
UCIN”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Plano de sessão de formação
“Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, junho de 2018

PLANO DA SESSÃO

TEMA	Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN
LOCAL	UCIN
FORMADORA	Enfermeira Joana Romano Santos
POPULAÇÃO-ALVO	Enfermeiros da UCIN
DATA	28 de setembro de 2018
HORA	14h-16h

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> - A formadora. - Os temas abordados. - Os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema. • Objetivos específicos. • Sumário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos
Análise	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conhecimentos atuais dos profissionais e as necessidades que sentem e despistar potenciais dificuldades. • Enumerar alguns métodos a adotar para facilitar a promoção do conforto na UCIN e o posicionamento terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas dos profissionais de saúde face às temáticas apresentadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido e prematuridade. • Cuidados centrados no desenvolvimento - NIDCAP. • Materiais utilizados no posicionamento. • Posicionamento terapêutico. • Evidencia científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação fundamentada e atualizada sobre as temáticas abordadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e demonstrativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 minutos
Validação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a população-alvo compreendeu tudo aquilo que foi explicado e se reúne as condições para realizar os procedimentos com confiança, de forma esclarecida e em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas. • Refletir sobre a importância das temáticas abordadas. • Realizar um pequeno workshop de posicionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 minutos • Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.

	correto do recém-nascido.			
--	---------------------------	--	--	--

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- O desdobrável para ser facultado aos pais: “Como devo posicionar o meu filho”.
- “Boneco recém-nascido” e materiais de posicionamento.

Apêndice XIV – Sessão de Formação: “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”



Objetivo da Sessão

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do posicionamento adequado do recém-nascido na UCIN.



1

Objetivos Específicos

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na UCIN relativamente aos posicionamentos do recém-nascido (RN);
- Alertar os profissionais de saúde sobre, as possíveis consequências negativas de posicionamentos inadequados no RN;



2

Sumário

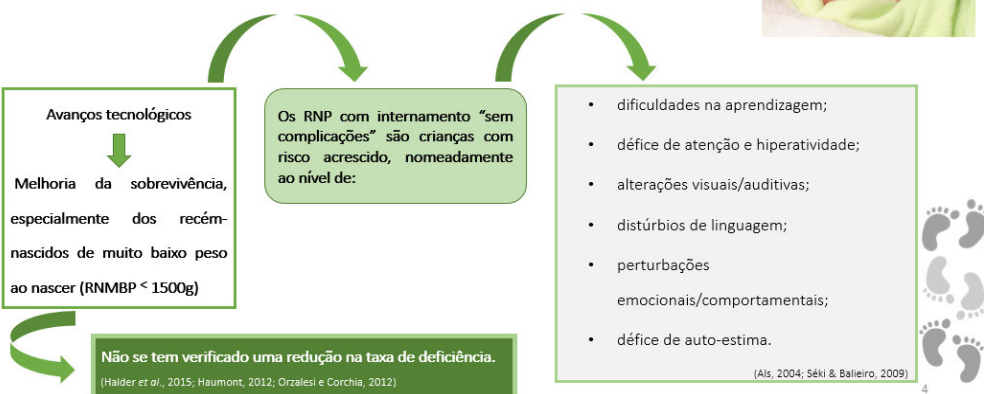
- Introdução;
- Recém-nascido e prematuridade;
- Cuidados centrados no desenvolvimento;
- NIDCAP;
- Materiais utilizados
- Posicionamento terapêutico;
- Evidência científica;
- Conclusão;
- Referências bibliográficas.



3

Introdução

O nascimento prematuro tem uma incidência que varia entre 5 e os 12% a nível mundial.



4

Recém-Nascido e Prematuridade

A prematuridade corresponde aos nascimentos ocorridos antes das 37 semanas de idade gestacional (IG).

O peso de nascimento (PN) é relevante para a classificação do RNP, conforme tabela 1. (Parmigiani et al., 2012)



Tabela 1. Classificação do recém-nascido prematuro de acordo com IG e PN
(adaptado de Parmigiani et al., 2012)

Classificação do recém-nascido prematuro de acordo com IG e PN.	
Pré-Termo Limiar	Nasce entre as 33 e as 36 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1500g e 2500g
Prematuro Moderado	Nasce entre as 28 e as 32 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1000g e 2500g
Prematuro Extremo (grande prematuro)	Aquele que nasce antes de ter completado as 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000g



5

Cuidados Desenvolvimentistas (CCD) ou Cuidados Desenvolvimentais

A sua génese remete para os anos 80 e para o reconhecimento de Florence Nightingale sobre a **responsabilidade dos enfermeiros na criação e manutenção de um ambiente limpo e personalizado, promotor da saúde da pessoa.**

Inspirou o trabalho de Als e dos seus colaboradores, que descreveram a complexa relação entre o desenvolvimento cerebral do RNP e o ambiente de cuidados intensivos neonatais, cada vez mais tecnológico. (Als, 1982, 1989; Gibbins et al., 2010)

Trata-se, simultaneamente, de **uma abordagem filosófica de cuidados holísticos e de um modelo prático de avaliação das respostas dos recém-nascidos aos cuidados que lhes são prestados.** (Gibbins et al., 2010)

Traduzem-se em práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada RNP/Família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança. (Schermann & Alfaya, 2000; Auslander & Olshstein-Mann, 2008; Obedait et al., 2009; Halder et al., 2015)



6

Newborn Individual Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)

Preconiza avaliação do RN, coordenação dos cuidados, meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados estruturados para as 24h, **posicionamento adequado**, oportunidades para o contacto pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011).

O objetivo do NIDCAP é evitar cargas sensoriais e dor inesperadas, realçando ainda os aspetos positivos e as competências do RN.

Existe na UCIN uma adaptação, quer do ambiente, quer dos cuidados, a fim de realçar os pontos positivos de cada RN e a sua autorregulação.



8

Newborn Individual Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)

O Programa Individualizado de Cuidados Desenvolvimentais e de Avaliação do RN (NIDCAP) foi concebido para implementar os **cuidados desenvolvimentais.** (Als e Gibes, 1986).

Benefícios:

- melhoria da performance fisiológica, emocional e cognitiva do RNP;
- um melhor crescimento do RNP;
- redução do tempo de ventilação mecânica e do período de internamento;
- uma menor severidade da doença crónica pulmonar;
- valorização das oportunidades de interação precoce pais-filho;
- otimização de competências parentais;
- satisfação dos pais; (Als et al., 1994, 2000, 2004).
- diminuição dos custos hospitalares,
- redução do tempo de transição para a alimentação oral total e melhoria dos resultados de neurodesenvolvimento aos 9-12 meses (Jacobs et al., 2002, Symington & Pinelli 2002, Symington & Pinelli 2006).



7

Importância do Posicionamento

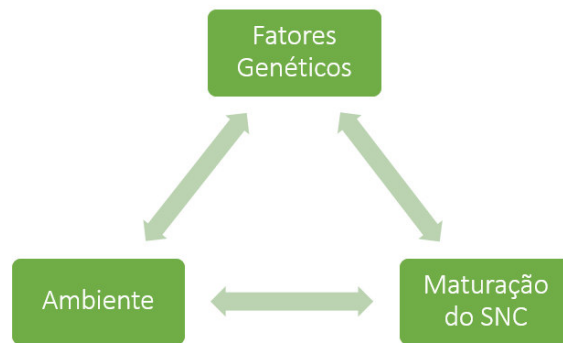
In útero, o bebê está rodeado pelas paredes uterinas, encontrando-se continuamente fletido e contido. Ao estender os membros, encontra resistência e retorna à posição inicial, mantendo o alinhamento da cabeça, do tronco e das extremidades na linha mediana.

Quando nasce prematuramente, o RN vê-se desprovido do seu espaço habitual, o que lhe causa:

- Insegurança
- Irritabilidade
- Aumento da atividade motora
- Maior gasto calórico



O Desenvolvimento Neuromotor



(Willrich, Azevedo e Fernandes, 2008)

10



O Desenvolvimento Neuromotor

O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita a exploração e a interação com o meio envolvente.

Ambiente

(Willrich, Azevedo e Fernandes, 2008)

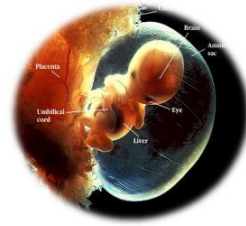
11



Pré-Natal



Às 8 semanas inicia-se a diferenciação do córtex cerebral.



Às 10 semanas há um predomínio do tónus flexor.

(Bobak et al., 1999)



12

Pré-Natal



Às 16 semanas a maioria dos ossos já é identificável e diferenciam-se os órgãos dos sentidos.



Às 18 semanas o tónus flexor perde dominância e inicia-se o estágio extensor.

(Bobak et al., 1999)



13

Pré-Natal



Às 20 semanas inicia-se a mielinização da medula e o sistema vestibular está completamente desenvolvido.



Às 24 semanas conclui-se a proliferação dos neurónios no córtex cerebral.

(Bobak et al., 1999)
Dickason, Silverman e Kaplan, 1999)

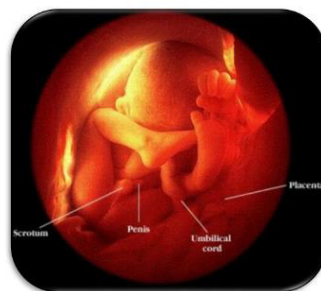


14

Pré-Natal



Às 36 semanas reaparece o tônus muscular flexor nos membros superiores.



Às 40 semanas apresenta-se uma postura global de flexão e adução.

(Bobak, et al., 1999)
(Tamez, 2009)



15

Dos 0 aos 3 Meses

Após o nascimento, a postura do recém-nascido de termo é de flexão espontânea, o que contribui para o seu desenvolvimento motor adequado.

Entre os 2 e os 3 meses, o bebé ergue a cabeça a 90º em decúbito ventral.



2 aos 3 meses

(Vauclair, 2008)
(Tamez, 2009)



16

Dos 3 aos 6 Meses

- ▶ Mantém a cabeça na linha média.
 - ▶ Senta com apoio.
- ▶ Procura a interação com o meio envolvente.



(Tecklin, 2002)



17

Dos 3 aos 6 Meses

- ▶ Posturas simétricas.
- ▶ Movimentos antigravitacionais.
- ▶ Intencionalidade do movimento.



(Alexander, Boehme e Cupps, 1996)



18

Posicionamento Terapêutico

Promove

- Conforto.
- Desenvolvimento do tônus muscular, dos reflexos e da agilidade motora.
- Alinhamento postural na linha média e padrões de movimento graduais.
- Aproximação das mãos à boca.
- Eficácia da respiração e função gástrica
- Oxigenação.
- Capacidade de resposta do bebê face aos fatores de stress ambientais.
- Interações positivas com os pais.

Previne

- Obstipação intestinal, através da flexão dos membros.
- Alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento cerebral.
- Contraturas de rotação externa das extremidades.

(Tamez, 2009)



19

Complicações de um Posicionamento Incorreto

DEFORMAÇÃO

CONSEQUÊNCIAS E LIMITAÇÕES NA CRIANÇA

Plagiocefalia

- Achatamento unilateral da região occipital;
- Preferência em manter a cabeça virada para um dos lados;
- Grande risco de torcicolo;



Dolicocefalia

- Achatamento bilateral da região parietal e temporal.

- Orientação visual limitada pela assimetria da cabeça;
- Atraso no controlo da cabeça à linha média;



- Dificuldade em desenvolver o controlo ativo da cabeça à linha média em decúbito dorsal por estreitamento da região occipital.

(Tamez, 2009)



20

Complicações de um Posicionamento Incorreto

DEFORMAÇÃO	CONSEQUÊNCIAS E LIMITAÇÕES NA CRIANÇA
<p>Hiperextensão do pescoço e retração dos ombros</p> <p>-Adução escapular com elevação dos ombros e rotação esternal. -Pode ser acompanhado por extensão excessiva do pescoço e tronco .</p> 	<p>-Interfere com a centralização da cabeça, braços à linha média e movimentos em decúbito ventral; -Interfere com o controle da cabeça em decúbito dorsal e sentado;</p>
<p>"Pernas de rã"</p> 	<p>-Interfere com movimentos de transição de sentado para pé; -Interfere com a estabilidade da anca e gatinhar;</p>
<p>Eversão do pé</p> 	<p>-Posição do pé em pronação em pé; pé chato devido à imaturidade muscular e à excessiva pronação e atraso da marcha.</p>

(Tamez, 2009) 21

Posicionamento Terapêutico

ALTERNÂNCIA DE DECÚBITO

3/3 horas

- Bebê estável
- Aguardar o despertar do sono

8/8 horas

- Bebê instável



Fonte da Imagem:
https://www.google.pt/search?q=prematuro&source=inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewjThOqtoLsdAhWMHsAKHeXPczoQ_AUIClgB&biw=1366&bih=599#imgcr=VHZdmRc_jm15VM:&spf=1536782351637

(Tamez, 2009)

22

Posicionamento Terapêutico

Deve promover SEMPRE:

O Alinhamento da Cabeça com o Tronco	O Aumento da Atividade na Linha Média	A Flexão das Extremidades	A Definição de Limites
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------

(Klaus e Fanaroff, 1995)
(Tamez, 2009)

23

Materiais a Utilizar

- Existe uma grande diversidade de material para o correto posicionamento do RN, nomeadamente:
 - **O Ninho** - Existe em vários tamanhos, desde o XS ao XL



24

Materiais a Utilizar

- **A Rã** – utilizada em redor da cabeça do RN, para ajudar a fazer contenção, em decúbito dorsal.
- **Não deve ser colocada por baixo da cabeça do RN ou por cima do mesmo como contenção.**



25

Materiais a Utilizar

- **Os Rolos** – Também existem em vários tamanhos e devem ser escolhidos de acordo com o tamanho do bebé. São utilizados em todos os posicionamentos, de acordo com o posicionamento adotado.



26

Materiais a Utilizar

- **Os Posicionador Ventral ("osso")** – É utilizado para posicionar os RN's em decúbito ventral e existem em vários tamanhos dependendo do tamanho do RN.



27

Materiais a Utilizar

- **A Almofada de Gel** – Utilizada para apoiar a cabeça do bebê quando este está posicionado em decúbito dorsal ou lateral.



28

Posicionamento Terapêutico

Decúbito Dorsal

Decúbito Lateral

Decúbito Ventral

Posição Sentada

Vantagens...

Desvantagens...

COMO POSICONAR?



29

Decúbito Dorsal

- Manter a cabeça na linha média;
- Apoiar a zona escapular;
- Manter os membros superiores fletidos, com as mãos sobre o tronco ou abdómen;
- Manter a flexão dos membros inferiores;
- Colocar apoio lateral, apoiando todo o recém-nascido, mantendo-o em contenção;
- Elevar a cabeceira a 30 graus.



(Teixeira, Lavrador e Barraca, 2002)
(Tames, 2009)

30

Decúbito Dorsal

Vantagens Clínicas

- Fácil acesso para prestação de cuidados;
- Indicada nos casos de atelectasia pulmonar;
- Facilita drenagem do fluxo venoso cerebral;
- Redução de risco de morte súbita.

Vantagens para o Desenvolvimento

- Mantém cabeça na linha média, reduzindo a incidência de dolicocefalia;
- Facilidade do RN em visualizar o ambiente;
- Maior contacto com o cuidador e pais.

Desvantagens Clínicas

- Diminuição da *compliance* pulmonar;
- Maior gasto calórico;
- Aumenta episódios de refluxo gastro esofágico;
- Risco de bronco aspiração.

Desvantagens para o Desenvolvimento

- Maior agitação, desorganização e alteração do estado de sono;
- Associada a hiperextensão da cabeça, pescoço e ombros;
- Não promove flexão;
- Associada a plagiocefalia.

(Teixeira, Lavrador e Barraca, 2002)
(Tames, 2009)

31

Decúbito Lateral

- Manter a cabeça na linha média com o auxílio de rolos;
- Manter uma ligeira flexão do tronco;
- Promover a flexão dos membros superiores, para facilitar os movimentos de auto-consolo;
- Manter a flexão dos membros inferiores;
- Colocar um rolo posterior e o ninho de forma a apoiar todo o recém-nascido, mantendo-o em contenção;
- Elevar a cabeceira a 30 graus.



(Teixeira, Lavrador e Barraca, 2002)
(Tames, 2009)

32

Decúbito Lateral

Vantagens Clínicas

- Ajuda no esvaziamento gástrico quando em DLD;
- Menos refluxo do que em DD;
- Melhora oxigenação nos doentes com atelectasias ou enfisemas pulmonares intersticiais (o lado afetado deverá estar em contacto com o colchão);

Vantagens para o Desenvolvimento

- Cabeça na linha média;
- Estimula flexão das extremidades;
- Promove aproximação das mãos à boca;
- Promove flexão e adução dos quadris e joelhos, prevenindo a rotação externa dos quadris.

Desvantagens Clínicas

- Quando posicionado em DLE observa-se lentidão no esvaziamento gástrico.

Desvantagens para o Desenvolvimento

- Promove a incidência de dolicocefalia quando não é feita a mudança frequente de decúbito;
- Difícil de manter a flexão nos bebés mais ativos e hipertónicos.

(Tamez, 2009) (Testa, Lavrador e Barraca, 2002)

33



Decúbito Ventral

- Manter a cabeça lateralizada e alinhada com o tronco;
- Elevar o tórax do recém-nascido, utilizando apoios em forma de rolos, para facilitar a dinâmica diafragmática;
- Posicionar os membros superiores e inferiores em flexão, evitando abdução e rotação externa;
- Manter as mãos próximas à face do bebé;
- Manter uma ligeira elevação pélvica, utilizando uma almofada, simulando a posição fetal;
- Elevar a cabeceira a 30 graus.



(Testa, Lavrador e Barraca, 2002)
(Tamez, 2009)

34



Decúbito Ventral

Vantagens Clínicas

- Aumenta a PO₂;
- Diminui episódios de bradicardia, apneia;
- Diminui o refluxo gastro esofágico quando associado à elevação da cabeceira a 30°;
- Diminui o consumo energético;
- Diminui o risco de bronco aspiração.

Vantagens para o Desenvolvimento

- Promove flexão das extremidades, facilitando mão à boca;
- Proporciona períodos de sono profundo;
- Previne assimetrias posturais do tronco e distúrbios de marcha, assim como rotação externa do quadris.

Desvantagens Clínicas

- Difícil acesso para alguns procedimentos;
- Poderá ocorrer mais facilmente uma extubação;
- Dificuldade de observar retrações esternais, subesternais e distensão abdominal.

Desvantagens para o Desenvolvimento

- Deformidade da cabeça, com aumento da incidência de dolicocefalia;
- Dificulta exploração visual e contato visual com o cuidador.

(Tamez, 2009) (Testa, Lavrador e Barraca, 2002)

35



Posição Semi-Reclinável/Sentada

- ▶ Pode ser adotada ao colo dos pais ou a uma cadeirinha, onde deverá ser privilegiado o alinhamento da cabeça e tronco.
- ▶ Minimiza o refluxo gastroesfágico e promove a interação com os cuidadores.



O bebê não deverá ser mantido em cadeira por um tempo muito prolongado.

[Tecklin, 2002]

36

Evidencia Científica

Rebeca Maria C. Bagnato M., Leite A., et al.

DOI: 10.1590/S1678-9886.20160000000000000000

Revista de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 1678-9886

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 1678-9886

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 1678-9886

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 1678-9886

Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN 0034-7167

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 0034-7167

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 0034-7167

Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN 0034-7167

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 0034-7167

ORIGINAL ARTICLE

Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm infants

ISSN 0034-7167

Aplicação clínica do Procedimento Operacional Padrão de Posicionamento com Prematuros

Clínica application of the Standard Operating Procedure of Positioning with Premature Infants

Aplicación clínica del Procedimiento Operativo Estándar de Posicionamiento con Prematuros

Alexandra Madalena Garcia Santos*, Claudia Silveira Viçosa*, Beatriz Rosana Gonçalves da Oliveira Tavares*, Graciely Maesli Scaldaris Barros*, Sarah Nancy Duggan Regato de Souza*

*Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
*Hospital Universitário Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
*Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

37

Conclusão

É fundamental, perante os problemas potenciais do RNP, refletir sobre o rigor técnico-científico de intervenções de enfermagem que contribuam para evitar ou minimizar efeitos indesejáveis da prematuridade. É necessário investir no potencial de saúde do RNP, através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, bem como na criação de oportunidades geradoras de novas competências para o cliente (RN e família), salvaguardando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

Alargar o campo de intervenção autônoma e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem

Promover o conforto e a qualidade de vida da criança e da família

38

Conclusão

O conforto é um resultado positivo, que está associado aos elevados níveis de satisfação do utente (criança e família) relativamente às instituições. No caso da criança/da família, o conforto é um resultado extremamente importante de avaliar, uma vez que em momentos de grande ansiedade, como o caso da doença de uma criança, o conforto é uma necessidade que as crianças/os pais precisam de ver satisfeita (Kolcaba e Dimarco, 2005).

Como Kolcaba (2003) refere, o conforto é um resultado das intervenções de enfermagem realizadas para aliviar ou eliminar o stress causado.

O enfermeiro desenvolve as suas capacidades com o intuito de responder com competência à singularidade do ato de cuidar da criança em parceria com os pais, segundo Mendes e Martins (2012). Nesta parceria é enfatizada a importância do envolvimento (da participação) dos pais para o desenvolvimento integral da criança e para o desenvolvimento do próprio cuidado.

A promoção do conforto aplicada à criança/à família é uma atitude altruísta, prática e satisfatória para quem é confortado e quem conforta, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem.



45

Dúvidas?



40

OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO!



41

Não me sinto muito confortável....

Alguns voluntários,
para me posicionar?



42

Referências Bibliográficas

- Araújo, B., & Rodrigues, B. (2010). Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista Esc Enferm USP*, 44 (4), 863-872.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3-4), 3-53.
- Als, H. (1989). Self-regulation and motor developmental in preterm infants. In Lodman, J.J. & Mozen, N.L., (eds). *Action in social context: perspectives on early development (65-97)*. New York: Plenum.
- Als, H.; McAnulty, G. (2000). Developmental care guidelines for use in the newborn intensive care unit. Boston: *National NICAP Training Center*.
- Als, H.; Duffy, F.H.; McAnulty, G.B.; Rivkin, M.J.; Vajapeyram, S.... Mulken, R. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857.
- Als, H. (2004). Cuidados de desenvolvimentos individualizados para bebês prematuros. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp. 1-6). Acessado em 01/05/2018. Disponível em: <http://www.encyclopediabrasil.com/prematurnidade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>.
- Als, H. (2012). Program guide. *Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP)*. An education and training program for health care professionals. Boston: *National NICAP Training Center*.
- Alexander, R., Boehme, R. e Cupps, B. *Normal Development of Functional Motor Skills: the First Year of Life*. Arizona: *Therapy Skill Builders*, 1996.
- Austender, Gail K., Olshstein-Mann, Orly, (Nov. 2008). *Parents of Preterm Infants Two Months after Discharge from the Hospital: Are They Still at (Parental) Risk? Health & Social Work*. Vol. 33, n. 4, 299-308.
- Bobak, M., et al. *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusocência, 1999. 972-933-09-6.
- Coughlin, M.; Lohman, M.B.; Gibbins, S. (2010). Reliability and effectiveness of an infant positioning assessment tool to standardize developmentally supportive positioning practices in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106.
- Dickason, E. J., Silverman, B. L. e Kaplan, J. A. *Enfermagem MaternoInfantil*. Madrid: Mosby, 1999. 94-8174-360-7.
- Heider, P.; Decebrata, B.; Arindam, B. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): a review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2), ISSN: 2349-5340.
- Heumont (2012). *Environment and Early Developmental Care*. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling. *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases* (p.197) Itália: Springer Editora. ISBN 978-88-470-1404-6.
- Jacobs, S.; Sakai, J.; Ohlsson A. (2002). The newborn individualized developmental care and assessment program is not supported by meta-analyses of the data. *The Journal of Pediatrics*, 140(6), 699-706.
- Klaus, M. H. e Ranshoff, A. A. *Atto Risco em Neonatologia*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3),187-194.
- Mendes, M., Martins, M. (2012). Partecia nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Ouedati H.; Bond E.; Callister L (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parmigiani, S.; Gianotti, D.; Bellacqua G. (2012). General Characteristics of Preterm and Term Newborns. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling. *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases* (p.17)
- Petroni, C.; Scherman L & Alfaya C. (2000). Depressão pós-parto: intervenção mãe-bebê e intervenções psicoterapêuticas. *Revista de Medicina*, 10(5), 243-248.
- Seki, T. & Brasileiro, M. (2009). Artigo de pesquisa ou revisão: Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa. *Revista de Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. Ped. 9(2), 67-73.
- Symington, A. & Pinelli, J. (2002). Distilling the evidence on developmental care: a systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 2(4), 198-221.
- Symington, A. & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (CD001814).
- Tamez, R. N. (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 978-85-277-1524-9.
- Tamez, T. (2013). *Enfermagem no UTI Neonatal*. Guanabara Koogan, 3ª Edição, Rio de Janeiro.
- Tecklin, J. S. (2002). *Fisioterapia Pediátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Tezza, A., Lavrador, M. A. e Barrosa, S. (2002). Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro. *Referência*.
- Vesuciar, J. (2008). *Desenvolvimento do Criança do Nascimento aos Dois Anos: Matricidade - Percepção - Cognição*. Lisboa: Instituto Piaget, 978-972-773-935-8.
- Wilnich, A., Azevedo, C. C. F. e Fernandes, J. D. (2008). Desenvolvimento Motor na Infância: influência dos Fatores de Risco e Programas de Intervenção. *Revista Neurociências*. Vol. 17, 1.



49

Apêndice XV – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”

Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: _____

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo): _____

LOCAL DA SESSÃO: _____

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão formativa que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?				
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?				
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?				
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?				
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?				
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?				

7. A documentação distribuída é de qualidade?				
8. A duração da formação foi adequada?				
9. O horário da formação foi adequado?				

AVALIAÇÃO DO FORMADOR	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
10. Domínio dos conteúdos apresentados				
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos				
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos				
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
14. Gestão do tempo				
15. Pontualidade				

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração.

**Apêndice XVI – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação
“Posicionamento Terapêutico do RN na UCIN”**

Análise dos Questionários:

Sessão de formação: “Posicionamento Terapêutico na UCIN”

Avaliação Global da Formação

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Respostas Totais
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?	0	0	1	6	7
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?	0	0	1	6	7
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?	0	0	0	7	7
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?	0	0	2	5	7
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?	0	0	0	7	7
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?	0	0	1	6	7
7. A documentação distribuída é de qualidade?	0	0	2	5	7

8. A duração da formação foi adequada?	0	0	1	6	7
9. O horário da formação foi adequado?	0	0	0	7	7

Avaliação do Formador

Questões	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Respostas
10. Domínio dos conteúdos apresentados	0	0	1	6	7
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos	0	0	0	7	7
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos	0	0	1	6	7
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	0	7	7
14. Gestão do tempo	0	0	0	7	7
15. Pontualidade	0	0	0	7	7

Como sugestões foi sugerido que esta formação fosse repetida periodicamente ao longo do ano e que a componente pratica ocorre-se num período de tempo superior ao estipulado, nesta sessão.

Apêndice XVII – Proposta: “Programa de Melhoria Contínua de Qualidade (2019)”

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Posicionamento Terapêutico na UCIN

ENUNCIADO DESCRITIVO: A Prevenção de Complicações

Nos dias de hoje, a constante evolução técnica e a modernização das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) faz com que o desempenho profissional dos enfermeiros se centre essencialmente no nível técnico. Numa UCIN, o utente é o sistema recém-nascido/família, devendo as suas necessidades ser consideradas como um todo.

É necessário ter em conta que o ambiente físico de uma UCIN, com o equipamento e a tecnologia envolventes, é normalmente assustador e intimidatório, podendo favorecer a despersonalização e a desumanização dos cuidados prestados.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem englobam como enunciado descritivo a prevenção de complicações, onde a prática do posicionamento terapêutico do RN internado na UCIN pode ser claramente integrada. De facto, para além da promoção de bem-estar e conforto, o adequado posicionamento terapêutico do RN na UCIN pretende efetivamente a prevenção de complicações futuras no desenvolvimento neuromotor das crianças.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.

ENUNCIADO DESCRITIVO:

- **“A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.”⁷**

O desenvolvimento motor está dependente não só de fatores genéticos e da maturação do sistema nervoso mas também do ambiente em que o RN está inserido. O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita a exploração e a interação com o meio envolvente.¹

O conhecimento da sequência do desenvolvimento motor normal assume uma importância fundamental na medida em que só assim poderão ser detetados os desvios do desenvolvimento e definido um programa de intervenção adequado a cada criança².

A equipa interdisciplinar da neonatologia possui uma grande responsabilidade em facilitar a transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, através do apoio ao sistema músculo-esquelético, promovendo e facilitando o posicionamento adequado³.

No âmbito das intervenções autónomas do enfermeiro, a identificação dos riscos e das vulnerabilidades do cliente surge como a etapa prévia à prescrição e à implementação de ações dedicadas à prevenção de futuras complicações. Na UCIN, compete ao enfermeiro identificar os potenciais problemas dos RN de quem cuida, tendo em consideração a condição de saúde deste, de modo a planear e implementar um posicionamento terapêutico preventivo.

- **“A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.”⁷**

O posicionamento adequado do RN promove o conforto, o desenvolvimento motor, a coordenação na alimentação oral, a oxigenação e a função gastrointestinal. A longo prazo, previne contraturas e alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro.³

O posicionamento e a manipulação adequados constituem importantes áreas a considerar nos cuidados de enfermagem com vista à promoção do desenvolvimento motor adequado, minimizando o desenvolvimento de padrões de movimentos anómalos⁴.

Após a identificação dos potenciais problemas dos RN internados na UCIN, compete ao enfermeiro prescrever e implementar um adequado posicionamento do RN que culmine com a maximização do seu desenvolvimento neuromotor, minimizando futuras complicações.

- **“A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega.”⁷**

Os cuidados de enfermagem utilizam uma metodologia científica que inclui a identificação dos problemas, a recolha e análise de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, a elaboração e realização de planos de cuidados, e execução correta e adequada dos cuidados, a avaliação destes e a reformulação das intervenções. Paralelamente e no exercício das suas funções, o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética.⁵

O posicionamento do RN internado na UCIN traduz uma intervenção autónoma do enfermeiro, uma vez que se constitui como um ato realizado sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. Neste sentido, o enfermeiro da UCIN é responsável pelo ato de posicionar o RN, desde a tomada de decisão em fazê-lo até à sua efetiva implementação.

“Enquanto profissional de saúde, enquanto enfermeiro, é sobretudo pelo outro que a mim se confia que sou responsável. Estar confiado ou à guarda de alguém tem implícita a vulnerabilidade ou incapacidade daquele que é cuidado – quer sejam as coisas, o mundo ou as pessoas”⁶.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Willrich, A., Azevedo, C. C. F. e Fernandes, J. O.** Desenvolvimento Motor na Infância: Influência dos Fatores de Risco e Programas de Intervenção. *Revista Neurociências*. 2008, Vol. 17, 1.
2. **Burns, Y. R. e MacDonald, J.** *Fisioterapia e Crescimento na Infância*. São Paulo : Santos, 1999.

3. **Tamez, R. N.** *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009. 978-85-277-1524-9.
4. **Testa, A., Lavrador, M. A. e Barraca, S.** Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro. *Referência*. 2002, 8.
5. **Simões, J. F. L. e Marques, M. C. P. S.** Os Registos de Enfermagem como Manifesto da Função Autónoma/Interdependente do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 2006, Vol. 10, 1.
6. **Vieira, M.** Solidariedade e Responsabilidade. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004.
7. **Ordem dos Enfermeiros.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. 2001, 15.

Proposta de Programa de Melhoria Contínua de Qualidade (2019)

ÁREA DE MELHORIA TRANSVERSAL

Posicionamento Terapêutico na UCIN

Tema: Posicionamento Terapêutico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

1 – Dimensão Estudada:

Adequação Técnico-Científica.

2 – Unidades de Estudo:

Utilizadores Incluídos na Avaliação: Todos os RN internados na UCIN.

Profissionais em Avaliação: Todos os enfermeiros da UCIN.

Período de Tempo que se Avalia: Anual.

3 – Tipo de Dados

Estrutura;

Processo;

Resultado.

4 – Fonte de Dados

Processo de Enfermagem (SCLínico®);

Observação participante.

5 – Tipo de Avaliação

Interna: Inter pares.

6 – Critérios de Avaliação

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
1. Aos RN da UCIN deverá ser atribuído o foco de atenção “Posicionar-se” no SClínico®.		Todos os RN da UCIN apresentam o diagnóstico de enfermagem de “Posicionar-se dependente, em grau elevado”.
2. Aos RN da UCIN deverão ser planeadas as seguintes intervenções no SClínico®: -Avaliar posicionamento.		Todos os RN da UCIN deverão ser alvo destas intervenções: -Vigiar posicionamento: Olhar de perto o RN de forma repetida e regular ao longo do tempo. -Providenciar equipamento para o posicionamento: adaptativo para posicionar e que permita manter o posicionamento adequado.
3. Aos RN da UCIN deverá ser efetuada alternância de decúbito a cada 3/4h, das 8h às 23h.	<ul style="list-style-type: none"> • Nos RN fisiologicamente instáveis e que não tolerem uma manipulação mais frequente, a mudança de decúbito pode ser efetuada a cada 8 horas; • Nos RN cuja patologia obrigue à permanência num decúbito; • Nos RN que estejam a ser alimentados em horário e quantidade livres. 	A alternância frequente de decúbito promove o desenvolvimento harmonioso do sistema músculo-esquelético e o crescimento simétrico da cabeça. Deve ser registado o posicionamento do RN em observações na intervenção avaliar posicionamento, que se encontra levantada de 3/3h.

<p>4. Aos RN da UCIN posicionados em decúbito ventral deverá ser colocado um posicionador ventral ou um rolo efetuado com um lençol.</p>		<p>O posicionamento terapêutico deve promover a orientação da linha média, a flexão das extremidades e as capacidades autorreguladoras.</p>
<p>5. Os RN da UCIN deverão ser posicionados de acordo com a sua idade corrigida, tendo em consideração os fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam o seu neuro desenvolvimento e conforto.</p>		<p>O adequado posicionamento do RN, muitas vezes sujeito a um internamento prolongado, tem por objetivo a otimização das suas competências e autorregulação, bem como a maturação neuro motora, prevenindo complicações que interferem com o desenvolvimento infantil.</p>

7 – Colheita de Dados

A Enfermeira-Chefe é responsável pela monitorização do projeto de melhoria.

Auditoria Mensal

A enfermeira F.V. e a enfermeira Joana Romano Santos são responsáveis pela auditoria mensal através da observação participante de todos os RN internados na UCIN no turno da noite de um dia da primeira semana de todos os meses do ano de 2018.

Auditoria Anual

A enfermeira F. V. e a enfermeira Joana Romano Santos são responsáveis pela auditoria anual relativamente aos registos de enfermagem efetuados no SClínico® ao longo de todo o internamento de todos os RN admitidos na UCIN entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 2018.

8 – Relação Temporal

Avaliação concorrente e retrospectiva.

9 – Seleção da Amostra

Auditoria Mensal

Todos os RNs internados na UCIN no turno da noite de um dia da primeira semana de todos os meses do ano de 2018.

Auditoria Anual

Os RNs admitidos na UCIN entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 2018.

10 – Intervenção Prevista

Mudanças Estruturais

Manutenção do diagnóstico de enfermagem e das intervenções de enfermagem, no SClínico®, necessárias ao cumprimento dos objetivos do projeto;

Manutenção do livro “Posicionamento Terapêutico na UCIN”;

Reformulação do documento guia das auditorias;

Realização das auditorias mensal e anual.

Indicadores possíveis para Avaliação do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade

Estrutura

- A existência do programa SClínico®;
- A existência do livro “Posicionamento Terapêutico na UCIN”;
- A existência do documento guia das auditorias.

Processo

- Percentagem de evidência de registos de atribuição do foco de atenção “Posicionar-se” no SClínico® (RNs admitidos entre 1 de outubro e 31 de dezembro)

Meta: Média de 90%

$$\frac{\text{Número de RN internados em que foi atribuído o foco de atenção}}{\text{Número de internamentos}} \times 100$$

- Percentagem de evidência de registos de alternância de decúbito a cada 3/4h das 8h às 23h por RN (RN admitidos entre 1 de outubro e 31 de dezembro)

Meta: Média de 70%

$$\frac{\text{Número de RN internados em que foi atribuído o foco de atenção}}{\text{Número de internamentos}} \times 100$$

- Taxa de RNs com posicionador ventral ou um rolo efetuado com um lençol, quando posicionados em decúbito ventral

Meta: 100% da amostra

$$\frac{\text{Número de RN internados em que foi atribuído o foco de atenção}}{\text{Número de internamentos}} \times 100$$

- Taxa de RN posicionados de acordo com a sua idade corrigida, tendo em consideração os fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam o seu neurodesenvolvimento e conforto

Meta: 90% da amostra

Número de RN internados em que foi
atribuído o foco de atenção

$$\frac{\text{Número de RN internados em que foi atribuído o foco de atenção}}{\text{Número de internamentos}} \times 100$$

Resultado

- Taxa de efetividade de registros de alternância de decúbito a cada 3/4h das 8h às 23h (RN admitidos entre 1 de outubro e 31 de dezembro)

Meta: 80%

Número de RN internados em que foi
atribuído o foco de atenção

$$\frac{\text{Número de RN internados em que foi atribuído o foco de atenção}}{\text{Número de internamentos}} \times 100$$

Apêndice XVIII – Análise Reflexiva: “O Papel dos Pais na Promoção do Conforto do RN”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Análise Reflexiva

O Papel dos Pais na Promoção do Conforto do RN
(UCIN)

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, outubro de 2018

Um dos objetivos que me propus desenvolver neste estágio foi “capacitar os pais para promover o conforto do seu filho, através de formação a estes sobre o correto posicionamento dos RN”. Este objetivo foi concretizado através de formações individualizadas e informais a três pais (mãe e pai) sobre como deverão posicionar o seu filho. Como reforço deste ensino foi entregue aos pais um desdobrável com a informação sobre os diferentes tipos de posicionamento, como os realizar e quais os seus benefícios, frisando que o seu contributo é fundamental para a promoção da vinculação com o seu filho e o conforto deste.

O posicionamento terapêutico é uma intervenção que permite o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por recém-nascidos de termo (RNT) saudáveis. Tem como objetivo promover a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação, proporcionar suporte postural e de movimento e otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e o alinhamento postural. (Sarmiento, 2007)

Os princípios do posicionamento terapêutico são: Promover a contenção e a adaptação suave ao ambiente extrauterino; Promover a flexão, com o objetivo de promover um padrão postural e de movimento semelhantes aos RNT saudável; Otimizar a estabilidade fisiológica e a organização neurocomportamental; Promover competências e da autorregulação, bem como de maturação neuromotora; Facilitar a colocação das mãos, do RN, na linha média; Manter alinhamento articular; Prevenir as assimetrias posturais e o desenvolvimento de padrões posturais anormais; Estimular a exploração visual do ambiente (com a cabeça na linha média); Facilitar o desenvolvimento do controlo da cabeça; Auxiliar no movimento antigravitacional; Encorajar o desenvolvimento das habilidades motoras, reflexas e do tonos postural; promover a interação com os pais, a vinculação e promover o conforto do RN. (Sarmiento, 2007)

Para auxiliar na promoção do posicionamento terapêutico do RN na UCIN, no alinhamento postural e na promoção do desenvolvimento neuromotor, existe uma grande diversidade de materiais na UCIN, como por exemplo rolos de posicionamento e ninhos, que proporcionam estabilidade postural e organização do RN, bem como a contenção parcial dos movimentos das extremidades, permitindo uma maior organização espacial do RN e uma maior semelhança ao ambiente intrauterino. (Sarmiento, 2007)

Face à hospitalização de um RN numa UCIN é fundamental o desenvolvimento do papel parental, que se encontra comprometido no momento, cabendo ao EESIP promover este

processo, pois o desempenho da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e do bem-estar da criança e dos pais.

Araújo e Rodrigues (2010), recorde-se, defendem que é importante o enfermeiro desenvolver uma interação efetiva com os pais, promovendo a sua participação nos cuidados.

A UCIN é um local tecnológico, ruidoso, pouco familiar, frio, desconhecido, que provoca ao RN estímulos potencialmente agressivos, bem como aos seus pais. Este ambiente é diferente do ambiente intrauterino a que o RN estava habituado, tendo as intervenções realizadas como fim satisfazer o conforto do RN e conduzi-lo à segurança que sentia no ambiente intrauterino. Todos os equipamentos e a aparência da UCIN, conjuntamente com situações de risco de vida do filho, levam a que muitos pais, nos primeiros momentos, demonstrem grande ansiedade, que pode ser transmitida ao RN e resultar em reações de *stress* e desorganização, provocando-lhe desconforto (Cardoso, Souto & Oliveira, 2006).

Segundo Brazelton (1995), um RN prematuro ou sob *stress* só consegue receber e responder a um estímulo de cada vez, pelo que os cuidados a realizar devem ser limitados ao mínimo em termos de estímulos *stressantes*, pois estes são prejudiciais para o desenvolvimento. Exemplos de estratégias utilizadas eficazmente a nível do controlo do *stress* do RN incluem a simulação do ritmo circadiano, a contenção com recursos de materiais apropriados, o posicionamento, a utilização de sucção nutritiva e a redução ao mínimo das manipulações (Cardoso, Souto & Oliveira, 2006).

De forma a promover um desenvolvimento adequado, são efetuadas intervenções promotoras de conforto junto do RN, para equiparar o ambiente físico onde este se encontra ao ambiente intrauterino. Destas intervenções, destaca-se o posicionamento.

O posicionamento terapêutico do bebé internado numa UCIN integra uma intervenção autónoma do enfermeiro com vista à promoção do conforto, ao desenvolvimento motor, da coordenação na alimentação oral, da oxigenação e da função gastrointestinal. A longo prazo, previne contraturas e alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro (Tamez, 2009). Na UCIN do HDE esta prática é frequentemente desenvolvida por toda a equipa de enfermagem

O posicionamento e a manipulação adequados constituem importantes áreas a considerar nos cuidados de enfermagem com vista à promoção do desenvolvimento motor adequado, minimizando o desenvolvimento de padrões de movimentos anómalos (Testa *et al.*, 2002).

Os pais esperam que a UCIN lhes conceda um ambiente de suporte, profissionalismo e segurança, onde sejam capazes de dar carinho e atenção e que ajude no desenvolvimento do seu papel parental, com o objetivo de se tornarem uma família de confiança (Santos, 2011).

Desta forma, o enfermeiro, como profissional mais presente junto da díade, é responsável pela integração dos pais nos cuidados ao RN.

O conhecimento dos pais em relação ao bebé é, segundo Manning (2008), um dos fatores mais importantes para a vinculação imediatamente após o parto. A autora refere que o contacto visual, o toque, a fala e a exploração atenta são estratégias que os pais utilizam para conhecer o seu bebé, e enumera várias intervenções de enfermagem que promovem o vínculo entre pais e filhos – contacto visual, segurar e examinar o bebé, pegar ao colo, participar nos cuidados ao RN, proporcionar alojamento conjunto da tríade, criar privacidade e individualizar cuidados.

Os RN internados na UCIN possuem uma particularidade que nem sempre está presente nas restantes UCIN. Os RN desta Unidade são maioritariamente cirúrgicos; bebés sujeitos a diferentes tipos de cirurgias, que comprometem o seu natural desenvolvimento, o seu conforto e a vinculação com os seus pais. Muitos RN permanecem sedados e por vezes curarizados após a cirurgia, por um período de tempo longo. Os pais são privados de interagir de uma forma natural com os seus filhos. Assim que estes deixam de necessitar de cuidados mais específicos de pós-operatório e quando é possível que a intervenção dos pais seja realizada sem riscos para as crianças, cabe ao enfermeiro promover a interação, a autonomia com supervisão, dos cuidados realizados pelos pais. Esta intervenção permite desenvolver o papel parental, que se encontra comprometido no internamento, bem como promover a vinculação entre a tríade.

O Regulamento das Competências Específicas do EESCJ (2018) refere que o enfermeiro “deverá trabalhar (...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)” (Regulamento n.º 422/12 de julho, 2018, p. 19192) A Carta da Criança Hospitalizada (1998) promove igualmente a parceria de cuidados, com o intuito de, em conjunto, a equipa de saúde e os pais conseguirem uma recuperação rápida da criança/família. A parceria de cuidados é considerada ideal para estruturar as intervenções de enfermagem com pais e crianças em ambiente hospitalar. Segundo Casey, “o cuidado às crianças, saudáveis ou doentes, é melhor assegurado pelas suas famílias, com variáveis graus de assistência por profissionais de saúde, devidamente qualificados, sempre que necessário” e surge como forma de defender e preservar tanto o crescimento como o desenvolvimento da criança (Casey & Mobbs, 1988). Os pais são os primeiros prestadores de cuidados à criança, sob a forma de proteção, estímulo e amor, pelo que os seus conhecimentos e as suas experiências devem ser respeitados e reconhecidos (Casey,1995). Desta forma, é

compreensível a imprescindibilidade de promover o seu envolvimento e a sua participação nos cuidados, de forma a potenciar a qualidade destes.

É essencial que os cuidados ao RN de alto risco incluam encorajar e facilitar o envolvimento dos pais, em vez de os isolar dos cuidados e do seu filho (Hockenberry & Wilson, 2014). É fundamental que o enfermeiro envolva os pais em qualquer atividade de cuidados, pois isso ajuda-os a sentirem-se com maior controlo sobre a situação e com um papel mais ativo. Deve ser encorajada a sua presença nos momentos em que podem ser envolvidos, assim como deve ser dado reforço positivo aos pais durante os cuidados e a interação com o seu filho, de forma a se promover uma relação saudável entre os pais e a criança (idem). A este respeito, Mercer (2006) consideram que o *feedback* e o reforço positivo dos enfermeiros fortalecem os comportamentos positivos.

Sanders (2011) consideram que ensinar, instruir e treinar os pais sobre estratégias de promoção do autocuidado ao RN constituem instrumentos fundamentais para a avaliação e o desenvolvimento da parentalidade, e que podem ser postos em prática através de métodos ativos como a demonstração (modelagem) ou a execução com ajuda (o ensaio direto), até obter a realização autónoma (supervisão), dando *feedback* sobre onde poderiam melhorar, e a definição de metas em parceria. Galvin *et al.* (2000) constataram que os pais consideram que para se sentirem envolvidos nos cuidados necessitam de ser incluídos nas atividades médicas e de enfermagem, poder consultar o processo do filho, ser incentivados a participar nos cuidados diários, ficar com a criança durante todos os procedimentos, ser incluídos nas decisões relativas aos cuidados e se sentir como pais, em vez de meros visitantes.

O toque é o primeiro ato de comunicação entre os pais e a criança (Hockenberry & Wilson, 2014), que ajuda os primeiros, juntamente com a visualização e a interação, a gradualmente ajustarem o bebé imaginário ao bebé real (Kennell, 1993). O contacto direto e tão precoce quanto possível entre a díade é determinante para a recuperação e o desenvolvimento do RN e o bem-estar familiar. Se os problemas de saúde do bebé interferem com a capacidade de olhar, de agarrar, de mamar ou de chorar, os pais precisam de ser orientados e ajudados a manter o contacto com o seu filho (Jorge, 2004). Neste sentido, os enfermeiros podem desempenhar um papel de extrema importância, sendo promotores desta vinculação e minimizando as barreiras físicas e emocionais existentes face à hospitalização e à doença do bebé, que colocam em risco o estabelecimento da relação deste com os seus pais.

Ao aprenderem sobre o posicionamento correto do seu filho, os pais revelaram interesse e entusiasmo em saber fazê-lo de uma forma correta, promotora de conforto e amor. Todos os

pais a quem foi realizado o ensino demonstraram-se interessados em praticar o posicionamento correto em todas as manipulações que realizaram ao seu filho. Foram questionando, validando e melhorando ao longo do internamento. Foram salvaguardadas todas as medidas de segurança básicas, possíveis consequências de um posicionamento incorreto e igualmente a individualidade do seu filho, bem como da patologia presente. O reforço positivo foi sempre uma constante, sendo promotor de confiança, entusiasmo e segurança.

O medo de não serem úteis, de não acrescentarem nada para a evolução positiva do seu filho, bem como de se sentirem ausentes do seu papel parental, impotentes, perdidos, foram alguns sentimentos verbalizados pelos pais, quando foram abordados no início destas atividades de formação.

Considero que esta intervenção foi um estímulo para a promoção da interação entre pais e filhos, principalmente em pais que revelavam medo de tocar no RN. Todos os receios, medos, sentimentos de frustração foram ficando de lado, à medida que o contato, a promoção do conforto dos seus filhos, estava a ser conseguido por eles próprios. O entusiasmo diário em perceber se estavam a posicionar os seus filhos corretamente, o sentirem-se pais daquele RN, através desta atividade, contribuiu igualmente para a promoção da vinculação.

Considero que esta atividade, apesar de ter sido realizada num curto espaço de tempo, em contexto de estágio, foi extramente importante para a evolução dos cuidados de enfermagem prestados na UCIN. A equipa de enfermagem, inicialmente com alguns medos e receios em integrar os pais neste tipo de medida de promoção de conforto ao RN, revelou-se progressivamente mais interessada em envolver cada vez mais os pais no posicionamento terapêutico dos seus filhos.

Referências bibliográficas

- Araújo, B., & Rodrigues, B. (2010) - Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista Esc Enferm USP*, 44 (4), 865-872;
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença;
- Cardoso, M., Souto, K., & Oliveira, M. (2006). Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Revista RENE*, 7 (3), pp. 49-55;
- Casey, A., Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 2 (84) (November), 44;
- Galvin, E. *et al.* (2000). Challenging the percepts of family-centered care: testing a philosophy. *Paediatric Nursing*, 26, 635-632;
- Hockenberry, M., Wilson, W. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Lisboa: Lusociência;
- Klaus, M., Kennell, J. (1993). A Família Durante a Gravidez. *Pais/Bebês – a formação do apego* (pp. 21-41). Porto Alegre: Artes Médicas;
- Manning, B (2008). Transição para a Parentalidade. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures, Lusociência, ISBN 978989-8075-16;
- Meighan, M. (2004): Consequência do papel maternal. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 521-541). Loures: Lusociência;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Sanders, M. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 804-813;
- Santos, A. O. (2011). Nidcap: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31;
- Sarmiento (2007). *Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia*. São Paulo
- Tamez, R. N.(2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 978-85-277-1524-9;

- Testa, A., Lavrador, M. A. e Barraca, S. (2002). Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro. *Revista Referência*.

Apêndice XIX – Desdobrável: “Como Devo Posicionar o meu Filho?”

Como posso promover o conforto do meu filho?

O posicionamento adequado do bebê promove o conforto, o desenvolvimento motor, a coordenação na alimentação oral, a oxigenação e a função gastrointestinal.

A longo prazo, previne contraturas e alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro. (Tamez, 2009)



Pai e Mãe: ao posicionarem-me corretamente não estão só a promover o meu conforto e o meu correto desenvolvimento. Estão a dar-me muito amor, segurança e confiança.

Papás, obrigada por cuidarem de mim!

Referências bibliográficas

- Tamez, R. N. (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 978-85-277-1524-9.
- Tamez, T. (2013) – *Enfermagem na UTI Neonatal*. Guanabara Koogan, 5ª Edição, Rio de Janeiro.
- Tecklin, J. S. (2002). *Fisioterapia Pediátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Testa, A., Lavrador, M. A. e Barraca, S. (2002). *Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro*. Referência.



Folheto realizado por Joana Romano Santos
Aluna de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria da UCP
Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista M. A. e da
Professora Doutora Margarida Lourenço

Como devo posicionar o meu filho?



setembro, 2018

A Importância do Posicionamento

No útero, o bebê está rodeado pelas paredes uterinas, encontrando-se continuamente dobrado e aconchegado.

Ao esticar os membros, encontra resistência e retorna à posição inicial, mantendo o alinhamento da cabeça, do tronco, braços e pernas.



Quando nasce, o bebê deixa de estar no seu espaço habitual, o que lhe provoca **Insegurança, Irritabilidade, Desorganização, Aumento da atividade motora e Maior gasto de energia.**

Como posso Posicionar?

Barriga para cima

- Manter a cabeça alinhada;
- Apoiar as costas;
- Manter os braços fletidos (dobrados), com as mãos sobre o peito ou o barriga;
- Manter as pernas ligeiramente dobradas;
- Utilizar um rolo em volta do bebê, para dar apoio e aconchego;
- Levantar ligeiramente a cabeceira do berço ou incubadora.



Deitado de lado (Direito ou Esquerdo)

- Manter a cabeça alinhada, com o auxílio de rolos;
- Manter o tronco ligeiramente dobrado;
- Os braços devem estar ligeiramente dobrados e as mãos próximas da boca;
- As pernas devem estar ligeiramente dobradas;
- Colocar um rolo em volta da cabeça, continuando em direção ao tronco e um ninho para apoiar o bebê e fazer contenção;
- Levantar ligeiramente a cabeceira do berço ou incubadora.



Como posso Posicionar?

Barriga para baixo

- ⇒ Manter a cabeça de lado e alinhada com o tronco;
- ⇒ Elevar o peito do bebê, utilizando apoios em forma de rolos;
- ⇒ Posicionar as pernas ligeiramente dobradas;
- ⇒ Manter as mãos próximas à face do bebê, se não existir indicação do contrário;
- ⇒ Manter uma ligeira elevação pélvica, utilizando uma almofada, simulando a posição fetal.



Posição Sentada

- Pode ser adotada ao colo dos pais ou a uma cadeirinha, onde deverá ser privilegiado o alinhamento da cabeça e do tronco.
- Minimiza o refluxo gastroesofágico e promove a interação.



O bebê não deverá ser mantido em cadeira por um tempo muito prolongado.

Apêndice XX – Plano de Sessão de Formação: “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Plano de sessão de formação

“Avaliação da Dor da Criança e do Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio e no Controlo da Dor da Criança e do Jovem”

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 12 de novembro de 2018

PLANO DA SESSÃO

TEMA	Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem
LOCAL	UCERN
FORMADORA	Enfermeira Joana Romano Santos
POPULAÇÃO-ALVO	Equipa de enfermagem da UCERN
DATA	12 de novembro de 2018
HORA	15h-16h

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> - A formadora. - Os temas abordados. - Os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema. • Definição da dor na criança. • Avaliação da dor na criança. • Identificação das medidas não-farmacológicas de alívio da dor na criança. • Enumeração das medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor mais adequadas para a realidade da UCERN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos

<p style="text-align: center;">Análise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conhecimentos atuais dos profissionais e as necessidades que sentem e despistar potenciais dificuldades. • Enumerar alguns métodos a adotar para facilitar o processo da avaliação da dor e implementar as medidas não-farmacológicas mais adequadas para a criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas dos profissionais de saúde face às temáticas apresentadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos
<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Criança e Dor. • Avaliação da Dor. • Escalas de avaliação da Dor. • Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. • Evidência Científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação fundamentada e atualizada sobre as temáticas abordadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e demonstrativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos

Validação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a população-alvo (enfermeiros) compreendeu tudo aquilo que foi explicado e se reúne as condições para realizar os procedimentos com confiança, de forma esclarecida e em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas; • Refletir sobre a importância das temáticas abordadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos • Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Entrega da proposta de norma de procedimento “Medidas não-farmacológicas de controlo e alívio da dor na UCERN”;
- Entrega da compilação da evidencia científica atual, sobre as medidas não-farmacológicas mais eficazes nas crianças e jovens da UCERN – Dossier da UCERN;
- Apresentação e demonstração dos Kits elaborados para a UCERN: “*Kit das Brincadeiras*” e “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*”.

Apêndice XXI – Sessão de Formação: “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”

Avaliação da Dor na Criança e Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem



Realizado por Joana Romano Santos,
estudante de mestrado de SIP da UCP
Sob orientação da Enfermeira Mestre
e Especialista C. C. e da Professora
Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, novembro de 2018

Objetivo da Sessão

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da avaliação da dor e da utilização de medidas não-farmacológicas de alívio da dor nas crianças e nos jovens em procedimentos dolorosos.



1

Objetivos Específicos

- Definir a dor na criança;
- Identificar as medidas não-farmacológicas de alívio da dor na criança;
- Enumerar as medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção da dor mais adequadas para a realidade da UCERN.



2

Sumário

- A Criança e a Dor;
- Avaliação da Dor;
- Escalas de avaliação da Dor;
- Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança e Jovem;
- Conclusão;
- Referências bibliográficas.



3

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

A Criança e a Dor

- O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consagrado na **Carta da Criança Hospitalizada** (*“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”*). (DGS, 2010, p.2)
- A Direção-Geral de Saúde 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 passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”*. (DGS, 2003,p.1)



4

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

A Criança e a Dor

- As experiências de dor vivenciadas na infância podem deixar *“memória”* no sistema nervoso, que irá condicionar a resposta a estímulos dolorosos ao longo da vida. (Holzman, 2008)

5.º Sinal Vital

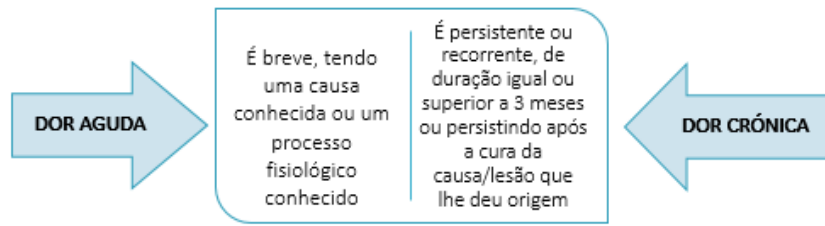
“É uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual, concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. (APEO, 2015,p.1)



5

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

A Criança e a Dor



(DGS, 2008)

FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR:

- Experiência pessoal;
- Idade;
- Género;
- Ambiente;
- Cultura e religião.



6

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Manifestação da Dor na Criança

1 ANO	1- 7 ANOS	> 12 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações de sinais vitais; ✓ Postura antiálgica; ✓ Irritabilidade/ agitação; ✓ Choros/ gemidos/ gritos; ✓ Agitação noturna/ Insónia; ✓ Fácies característica de dor; ✓ Rubor/ palidez cutânea; ✓ Sudorese intensa; ✓ Recusa alimentar; ✓ Dificuldade em ser consolado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Choro alto, gritos; ✓ Expressões verbais de "ai", "ui"; ✓ Agitação motora; ✓ Evitar procedimento - negociação; ✓ Tentar empurrar o estímulo para longe; ✓ Não colaborar; ✓ Solicitar o fim do procedimento; ✓ Agarrar-se aos pais ou pessoa significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamento de bloqueio: "espere"; ✓ Rigidez muscular; ✓ Punhos fechados; ✓ Dentes cerrados; ✓ Membros contraídos; ✓ Olhos fechados.



7

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Avaliação da Dor



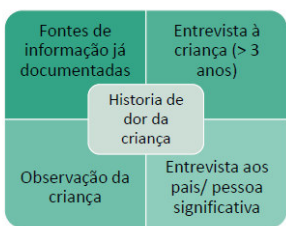
8

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Avaliação da Dor

História de dor

- Permite **orientar a avaliação** e o controle da dor na criança.
- Consiste na **colheita de informação** sobre a dor.
- **Características da dor:**
 - Fatores de alívio e de agravamento;
 - Uso e efeito de medidas farmacológicas e não-farmacológicas;
 - Formas de comunicar e expressar a dor;
 - Experiências anteriores traumatizantes/ medos;
 - Estratégias de *coping* da criança face à dor;
 - Comportamentos da criança quando tem dor;
 - Efeitos da dor na vida diária.
- Deve realizar-se no momento do acolhimento ao serviço e constar na avaliação inicial.



9

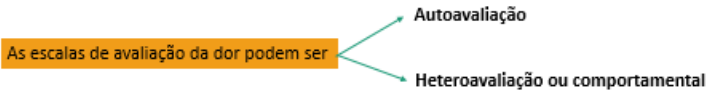
A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Avaliação da Dor

Avaliação da intensidade da dor

Consiste em **quantificar a sensação dolorosa** através de **instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis**, tendo em conta:

- **Tipo de dor;**
- **Idade da criança;**
- **Situação clínica.**



Avaliar um fenómeno subjetivo como a dor implica a valorização da percepção de quem a vivência. Por isso, deve ser sempre privilegiada, quando possível, a **autoavaliação**.



10

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escalas de Avaliação da Dor na Criança

Recém-Nascidos	<ul style="list-style-type: none"> • EDIN (ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ) • NIPS (NEONATAL INFANT PAIN SCALE) • PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE) • N-PASS (NEONATAL PAIN, AGITATION E SEDATION SCALE)
< 4 anos	<ul style="list-style-type: none"> • FLAC (FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY)
4-6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • FPS - R (FACE PAIN SCALE – REVISED)
>6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA) • EN (ESCALA NUMÉRICA) • FP-R (FACE PAIN SCALE – REVISED) • ESCALA DE FACES DE WONG BAKER
Criança com multideficiência dos 4-18 anos	<ul style="list-style-type: none"> • FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)



11

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escala de Avaliação da Dor na Criança

NEONATAL INFANT PAIN SCALE (NIPS)

Escala de Heteroavaliação

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

Define-se dor quando pontuação > 4

(DGS, 2010)

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escala de Avaliação da Dor

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

Escala de Heteroavaliação

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

Pontuação 0-10
0 - Ausência de dor;
10 - Dor máxima

(DGS, 2010)

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escala de Avaliação da Dor

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

Escala de heteroavaliação

FACE
0 = Nenhuma expressão particular ou sorriso
1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada
2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico
 Comportamento individualizado: _____

PERNAS
0 = Posição normal ou relaxadas; tonicidade normal e movimentação habitual dos membros inferiores e superiores
1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais
2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos
 Comportamento individualizado: _____

Pontuação :
1-3 - Dor ligeira;
4-6 - Dor moderada;
7-10 - Dor grave.

(DGS, 2010)

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

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

Escalas de Avaliação da Dor

ATIVIDADE
0 = Deitada calmamente, em posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica
1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e estabilizada; suspiros intermitentes.
2 = Curvada, rígida ou com movimentos bruscos; agitação grave; bate com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular
Comportamento individualizado: _____

CHORO
0 = Ausência de choro/ verbalização
1 = Gemido ou choramingo, queixas ocasionais; explosão verbal ou resmungos ocasionais
2 = Choro continuado/persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, resmungos constantes
Comportamento individualizado: _____

(DGS, 2010) 15

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

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

Escalas de Avaliação da Dor

CONSOLABILIDADE
0 = Satisfeita e relaxada
1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída
2 = Difícil de consolar ou confortar, afasta o prestador de cuidados, resiste aos cuidados ou às medidas de conforto
Comportamento individualizado: _____

(DGS, 2010) 16



A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

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

Escalas de Avaliação da Dor

Indicador	Itens	Comportamento Individual
	0 = Nenhuma expressão particular ou sorriso.	
Face	1 = Careta ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; introversão, desinteresse, aparente estar triste ou preocupado.	Beicinho, dentes cerrados e a ranger; sobrancelhas franzidas, olhar stressado, face severa, olhos bem abertos - aparente estar surpreso, expressão vazia, inexpressivo
	2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; Tremor frequente/constante do queixo, mandíbula cerrada; face com ar preocupado; expressão de medo ou pânico	
	Comportamento Individualizado: _____	
	0 = Posição normal ou relaxada; tonicidade e movimento habitual dos membros inferiores e superiores	
Pernas	1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais	Pernas e braços virados para o centro do corpo; olhos na perna esquerda com dor; muito tensas e quietas; pernas trêmulas.
	2 = As pontapés ou com as pernas estocadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos súbitos	
	Comportamento Individualizado: _____	
	0 = Deitada calmamente, em posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica	
Atividade	1 = Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, com movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitado (por ex. com a cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e estabilizada e suspiros intermitentes.	Agrite-se ao local onde tem dor; encosta a cabeça; cerra os punhos; estira os braços; encolhe o pescoço; braços mexem-se repetidamente, vira-se de um lado para o outro; encosta a cabeça, aponta para onde lhe dói; cerra o punho em direção à face, magoe-se a si próprio, esbofetendo-se; tenso, postura cautelosa; agita os braços, morde a palma da mão, sustem a respiração.
	2 = Curvado, rígido ou com movimentos bruscos; agitação grave; abata a cabeça; a estremecer (sem convulsão); sustem a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular	
	Comportamento Individualizado: _____	

(DGS, 2010)



17

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escalas de Avaliação da Dor

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

Choro	<p>0 – Ausência de choro/ verbalização</p> <p>1 – Gemidos ou choramingo; queixas ocasionais; explosão verbal ou resmungos ocasionais</p> <p>2 – Choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes; ataques repetitivos; resmungos constantes</p>	<p>Afirma que <i>está tudo bem</i> ou <i>está tudo feito</i>; de boca bem aberta e aos gritos; diz <i>A!</i> ou <i>NÃO</i>; <i>arfar</i>; aos gritos; resmungos ou respostas curtas; choraminga, queixa-se, lamenta-se, grita, pede o medicamento; o choro é zero.</p>
Comportamento Individual	<p>0 – Satisfeito e relaxado</p> <p>1 – Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais. Distraído</p> <p>2 – Dificil de consolar ou confortar; afasta o prestador de cuidados; resiste aos cuidados ou às medidas de conforto</p>	

Consolabilidade	<p>0 – Satisfeito e relaxado</p> <p>1 – Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais. Distraído</p> <p>2 – Dificil de consolar ou confortar; afasta o prestador de cuidados; resiste aos cuidados ou às medidas de conforto</p>
------------------------	--



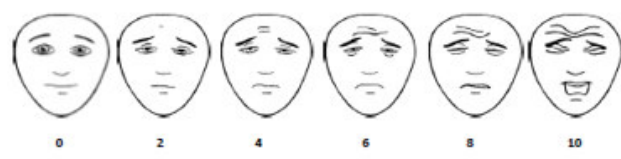
A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escalas de Avaliação da Dor

FACE PAIN SCALE – REVISED (FPS)

Utilizada a partir dos 4 anos

Escala de Autoavaliação



Pontuação 0-10
 0 – Ausência de dor
 10 – Dor máxima

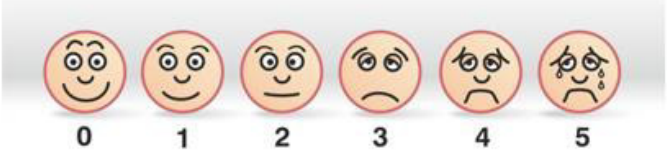


A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escalas de Avaliação da Dor

ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER

Escala de Autoavaliação



Escala de faces Wong-Baker

Pontuação 0-5:

0 – Está feliz porque não tem dor
 1 – Tem apenas pouca dor
 2 – Tem um pouco mais de dor
 3 – Tem ainda mais dor
 4 – Tem muita dor
 5 – Tem dor máxima



A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Escalas de Avaliação da Dor

Princípios de boa prática

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a autoavaliação, a partir dos três anos de idade, sempre que possível;
- Realizar a historia de dor na admissão da criança ao hospital;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- Utilizar de uma forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Avaliar a dor sempre antes, durante e após os procedimentos;
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento;
- Registar em processo clínico da criança todas as avaliações realizadas.

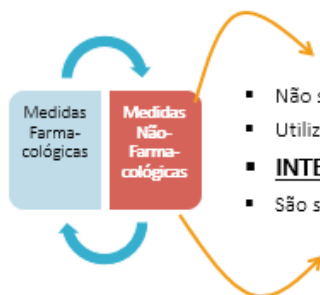


21

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança

- As **medidas não-farmacológicas** "são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente". (OE, 2013)



(OE, 2013, p.17; Baralho, 2010, p.14)



22

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança Critérios de escolha...



(OE, 2013)



23

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controle da Dor na Criança

Classificação...

Annexo IV – Intervenções não-farmacológicas

Intervenção	Definição	Objetivos
Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC)	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: devendo, associadas) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o ensino de estratégias de coping.	Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), e aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
Reestruturação cognitiva	Tipo de TCC na qual a pessoa é encorajada a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos.
Treino de habilidades de coping	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de coping, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-encorajamento de coping adaptativo e psicoeducação de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar / gerir a dor e o stress.
Relaxamento com imaginação	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da ansiedade, depressão e dor relacionada com a incapacidade.
Distração	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
Aplicação de frio e aplicação de calor	Aplicação de frio/aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.

Intervenção	Definição	Objectivos
Esercício	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento das tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o controlo e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profundos de futuras dores.
Imobilização	Restrição e limitação de movimentos.	Mantém o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
Massagem	Acto de massagear e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
Estimulação eléctrica transcutânea – TENS	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de electrodos na pele, provocando estimulação selectiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgêicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
Taque Terapêutico	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que causam desconforto.
Conforto	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	



24 (DE, 2013)

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controle da Dor da Criança

0 –18 Meses

- Reduzir a incidência de **luz** e o **ruído** ambiental;
- **Posicionar** adequadamente o bebé;
- Concentrar as **manipulações**;
- Aplicar **massagem terapêutica**;
- Embalar, dar «colinho»;
- Promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido (principalmente da mãe);
- Aplicar o método “**canguru**”;
- Promover a **sucção não-nutritiva** (chupeta);
- Promover alimentação por **leite materno**;
- Assegurar nível de **sacarose de 24%**.



25

(DGS, 2012, p. 1, 01, 2013, p.37-38; Costa et al., 2016, p.2396)

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Sacarose a 24%

É um método seguro e eficaz na prevenção e no alívio da dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos em crianças até **ao ano de idade**.



É um dissacarídeo composto por frutose e glicose;
 Composta por 24% de sacarose e 76% de água destilada;
1ml = 240 mg de sacarose.
 Unidose de 1,5 ml;
 Facilidade de utilização.

- Unidose = 1,5 ml = 360mg
- Intervalo de administrações = 4 horas

Peso	Dose - ml	Dose - mg
<3 kg	0,5 ml	120 mg
3-9 kg	1 a 1,5 ml	240 a 360 mg
10-15 kg	1,5 a 2 ml	360 a 480 mg

(Hatfield et al, 2008); (DGS, 2012)



26

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Sacarose/ Glicose Oral a 30%

- **Administrar 2-5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ou terapêutico potencialmente doloroso** (uma vez que o pico de ação é atingido em dois minutos, com duração da ação de 5-10 minutos).
- **Administrar gota a gota a solução adocicada na região anterior da língua, na superfície bucal ou na chupeta**, de modo a promover a sucção não-nutritiva que potencia o efeito.
- Repetir o processo, se necessário e se não atingiu a dose máxima recomendada.
- Registrar possíveis efeitos adversos no processo clínico da criança.
- Respeitar a data de validade da solução.

Contra Indicações:

- ⇒ Intolerância a glicose e frutose;
- ⇒ Suspeita de NEC (enterocolite necrosante);
- ⇒ Hiperglicemia.

Efeitos Adversos:

- ⇒ Risco de aspiração;
- ⇒ Distensão abdominal;
- ⇒ Hiperglicemia.



27

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança 5 anos-6 anos

- **Distração;**
- **Simulação/modulação;**
- Utilização do **brinquedo favorito;**
- **Relaxamento muscular;**
- Aplicar **massagem terapêutica;**
- Aplicação do **frio;**
- **Musicoterapia;**
- **Reforço positivo.**



(DGS, 2012, p.1; OE, 2013)



28

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Medidas Não-Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança 10 anos- 13 anos

- **Distração;**
- **Imaginação guiada;**
- Aplicação do **frio;**
- Aplicação de **massagem no local;**
- **Musicoterapia;**
- **Reforço positivo.**



(DGS, 2012, p.1, OE, 2013)

<https://www.youtube.com/channel/UCn2t9eSRswi-tHcqK8gmgfA>



29

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Distração

- Visa desviar a atenção da criança/do adolescente da dor ou do procedimento doloroso em causa;
- Inclui atividade de brincadeira livre ou lúdica.

0-2 anos	Musica, canção, linguagem teatral, exibição de objetos de despertem o interesse da criança.
2-6 anos	Leitura, contos de histórias, jogos simples (ex: puzzle), bolas de sabão...
> 6 anos	Jogos, musica, televisão e contos de histórias,
Crianças mais velhas	Conversa sobre temas diversos...



30

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Kit das “Estratégias Não-Farmacológicas de Alívio da Dor”

- **Bola pequena** que seja mole (auxilia nas estratégias de relaxamento, como a contração e a descontração progressiva dos membros);
- **Fantoches de dedo** (auxiliam na dramatização, na modelagem e na distração);
- **Caixa de canetas coloridas** (através do desenho pode-se aplicar a distração ou até o contrato comportamental. A criança também expressa os seus sentimentos através do desenho);
- **Apitos tipo “língua da sogra”** (são úteis na descontração pelo controlo respiratório e servem também como recompensa)...



31

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Kit de bolso das “Estratégias Não-Farmacológicas de Alívio da Dor”

- O brinquedo deve ser da preferência da criança e promover o seu interesse em agir, explorar, imaginar e construir, proporcionando-lhe, assim, prazer e bem-estar.
- Permite ainda o envolvimento dos pais no cuidar, através da brincadeira que podem realizar com os seus filhos.
- A utilização do kit com a criança e sua família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada face aos procedimentos que possam induzir dor.



32

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Informação Antecipatória – Crianças e Adolescentes

- A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento;
- Implica explicar à criança as etapas do procedimento e/ou as sensações por ele evocadas através de desenhos, vídeos ou **manipulação do equipamento**, de forma a reduzir a ansiedade e o medo e contribuindo para aumentar o autocontrolo.



[065, 2012, p.1, 06, 2013] 33

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Kit das “Brincadeiras”

Procedimentos dolorosos mais comuns da UCERN:

- Aspiração de secreções;
- Colocação de SNG;
- Colheita de sangue;
- Algaliação;
- Administração de medicação subcutânea e intramuscular....

Caixa com os materiais referentes a cada procedimento.



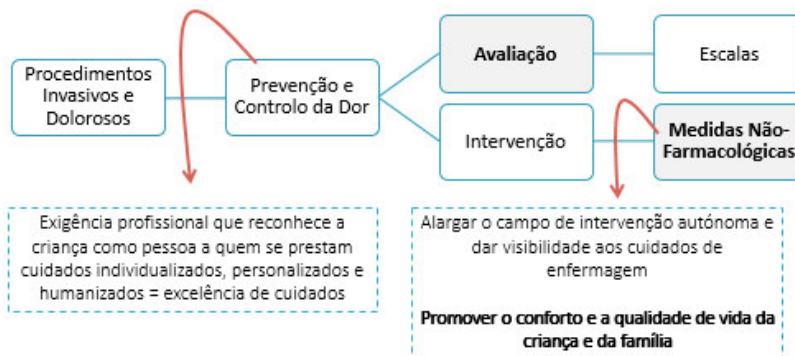
Distração e fornecimento de informação antecipada sobre o procedimento.



[065, 2012, p.1, 06, 2013] 34

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Conclusão



35

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Dúvidas?



36



37

A Dor na Criança
Avaliação
Estratégias
Conclusão
Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Consultado em maio de 2018: <http://www.aped-dor.org/>.
- Batalha, L. (2010) - *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010) - Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol 3, no 2, 73-80.
- Direção Geral de Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010).
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa (Orientação n.º24/2012).
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa : DGS
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa : DGS
- Holzman Rs, Mancuso T, Polaner DM (2008). *A Practical Approach to Pediatric Anesthesia*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Matsuda M., Martins M., Neto Filho M., Matta A. (2013). *Métodos não- farmacológicos no alívio da dor do recém-nascido*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol. (5), 59-63.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. *Cadernos OE – Série I – número 6*. Portugal.



38

Apêndice XXII – Questionário de Avaliação Final: Sessão de Formação “Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem”

Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: _____

DATA: _____

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo): _____

LOCAL DA SESSÃO: _____

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à sessão formativa que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

AValiação da Sessão	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?				
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?				
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?				
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?				
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?				
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?				

7. A documentação distribuída é de qualidade?				
8. A duração da formação foi adequada?				
9. O horário da formação foi adequado?				

AValiação do Formador	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
10. Domínio dos conteúdos apresentados				
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos				
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos				
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
14. Gestão do tempo				
15. Pontualidade				

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE XXIII – Análise dos Questionários de Avaliação Final: Sessão de Formação
“Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da
Dor da Criança e do Jovem”

Análise dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação:

Avaliação da Dor na Criança e no Jovem e Medidas Não-Farmacológicas no Alívio da Dor da Criança e do Jovem

Avaliação Global da Formação

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Respostas Totais
1. Na sua globalidade, a formação agradou-lhe?	0	0	1	8	9
2. Os objetivos da sessão foram atingidos?	0	0	1	8	9
3. Para a sua atividade profissional, considera esta formação útil?	0	0	0	9	9
4. A formação apresentou bom nível tecnicopedagógico?	0	0	3	6	9
5. Existiu relação entre a teoria e a prática?	0	0	2	7	9
6. Foram abordados todos os pontos que considera importantes?	0	0	3	6	9

7. A documentação distribuída é de qualidade?	0	0	3	6	9
8. A duração da formação foi adequada?	0	0	3	6	9
9. O horário da formação foi adequado?	0	0	2	7	9

Avaliação do Formador

Questões	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Respostas
10. Domínio dos conteúdos apresentados	0	0	0	9	9
11. Facilidade e clareza de transmissão de conhecimentos	0	0	0	9	9
12. Capacidade de motivar, de despertar interesse nos formandos	0	0	3	6	9
13. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	1	8	9
14. Gestão do tempo	0	0	0	9	9
15. Pontualidade	0	0	0	9	9

Não foram feitas sugestões em nenhum dos questionários.

APÊNDICE XXIV – “Dossier da Dor da UCERN”

APÊNDICE XXV – Proposta de Norma de Procedimento: “Estratégias Não-Farmacológicas para o alívio e a Prevenção da Dor na Criança e no Jovem da UCERN”

(Proposta de norma de procedimento)

Estratégias Não-Farmacológicas para o Alívio e a Prevenção da Dor na Criança e no Jovem da UCERN

1) OBJETIVO

- Promover uma melhor compreensão sobre a importância das estratégias não-farmacológicas e estratégias de preparação para procedimentos no controlo da dor na criança;
- Uniformizar a prestação de cuidados a crianças e adolescentes submetidos a procedimentos dolorosos;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Garantir o direito das crianças e adolescentes da melhor abordagem para o controlo da dor.

2) CAMPO DE APLICAÇÃO

Equipa de Enfermagem.

3) SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

RN – Recém-nascido;

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais.

4) DEFINIÇÕES

A **dor** é um “sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”, e “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” (DGS, 2003, p.1).

As **estratégias não-farmacológicas** “são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica.” (OE, 2013, p. 13)

5) **DESCRICÃO**

As estratégias não-farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em associação com as intervenções farmacológicas.

São várias as estratégias não-farmacológicas para o controlo e o alívio da dor na criança. A escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva). (OE, 2013)

Objetivos da utilização das estratégias não-farmacológicas (OE, 2013):

- Diminuir a dor e ansiedade;
- Desmistificar medos;
- Fornecer informação sobre o procedimento potencialmente doloroso;
- Promover o sentido de controlo;
- Promover a utilização de estratégias de *coping* já adquiridas pela criança e ensinar outras que a ajudem a lidar com a situação.

Tipos de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor (devem ser adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança) (OE, 2013):

- *Comportamentais* – Envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento e o reforço positivo);
- *Cognitivas* – Baseiam-se na utilização de métodos mentais para lidar com a dor;
- *Cognitivo-comportamentais* – Utilizam estratégias que se focam na cognição e no comportamento, contribuindo para modificar a percepção da dor e melhorando a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);
- *Físicas ou periféricas* – Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular (por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/a massagem superficial, o posicionamento);
- *Suporte emocional* – Envolve a presença de alguém significativo e que proporciona conforto;
- *Ambientais* – Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.

Especificações (OE, 2013):

Na compreensão da dor nas crianças, quando sabemos antecipadamente que um procedimento vai ser doloroso, devemos combinar diferentes métodos farmacológicos e não-farmacológicos.

Para a correta escolha do método utilizado é fundamental, na avaliação inicial, constar a história de dor da criança, tendo nomeadamente atenção a:

- **Características individuais e história de dor** (por exemplo idade, nível de desenvolvimento, estado clínico, experiências prévias de dor);
- **Características familiares ou do cuidador** (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes dos pais, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, modelos e história de dor na família);
- **Características do profissional** (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, disposição para a ação de avaliação e tomada de decisão no controlo da dor);

• **Aspetos culturais do contexto** (sistemas de crenças e valores);

• **História de dor:**

- Permite orientar a avaliação e o controlo da dor na criança;
- Consiste na colheita de informação sobre a dor;
- Características da dor:
 - Fatores de alívio e de agravamento;
 - Uso e efeito de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas;
 - Formas de comunicar e expressar a dor;
 - Experiências anteriores traumatizantes/ medos;
 - Estratégias de *coping* da criança face à dor;
 - Comportamentos da criança quando tem dor;
 - Efeitos da dor na vida diária;

Deve realizar-se no momento do acolhimento ao serviço e constar na avaliação inicial.

6) SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

Recém-nascidos (OE, 2013)

- Redução da incidência de luzes sobre o recém-nascido;
- Redução do ruído ambiente;
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Posicionamento adequado do recém-nascido (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, ou rolos de posicionamento);
- A concentração de manipulações;
- A massagem terapêutica;
- Embaló, «colinho»;
- Contacto físico dos pais com o recém-nascido (principalmente com a mãe) – parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor em recém-nascidos a termo;
- Método canguru – reduz o tempo de duração do choro, a atividade comportamental (agitação) e a diminuição da frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros;

- Sucção não-nutritiva – está descrito que o uso da chupeta inibe o desconforto do recém-nascido. A solução adocicada diminui o tempo de choro e promove o relaxamento facial, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida é associada aos movimentos de sucção, de forma ritmada, em chupeta.
- Leite materno – é uma eficaz intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno ou oferecido por sonda nasogástrica;
- Sacarose a 24%, utilizada em procedimentos dolorosos. Tem-se verificado que a sua utilização promove uma expressão facial de tranquilidade do recém-nascido e/ou uma diminuição do tempo de choro. Sabe-se que essa ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são colocadas na porção anterior da língua e são associadas à sucção em chupeta.

➤ **Crianças / Adolescentes (OE, 2013):**

Intervenções cognitivas

- Fornecimento de informação antecipatória – a informação sobre os procedimentos a realizar. A informação deve ser adequada à idade e à criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, uma vez que crianças com idade inferior a seis ou sete anos não retêm informação por mais de uma hora. Esta informação implica explicar à criança as etapas do procedimento e/ou sensações que este poderá envolver (informações básicas, simples, claras e honestas, para que a criança possa compreendê-las), de forma a reduzir a ansiedade e o medo e a promover o seu autocontrolo;
- Distração – técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. (Utilização dos *kits* da UCERN);
- Reforço positivo – promover o elogio à criança ou a recompensa após procedimentos dolorosos, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor.
- Imaginação guiada – técnica em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da promoção de um estado de concentração numa ideia ou numa imagem particular;
- Simulação ou modelação – demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos positivos perante a situação.

- Intervenções comportamentais

- *Distração comportamental* – promover a realização de exercícios, tendo como objetivo o relaxamento e a distração da criança.
- *Relaxamento muscular* – estratégia que prepara a criança para uma situação desagradável, ajudando-a a controlar a ansiedade e a reduzir medo, náuseas, vômito e dor. O relaxamento é útil em todas as idades, mas assume especial importância nos adolescentes.

- Intervenções cognitivocomportamentais

As intervenções cognitivocomportamentais combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. Pretende-se que a criança compreenda a associação que existe entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade.

Métodos físicos:

- A aplicação de calor na zona dolorosa promove a circulação sanguínea. O efeito analgésico deve-se, entre outros fatores, à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular.
- A aplicação de frio diminui a circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória, possibilitando o alívio da dor e a redução do edema.
- Massagem – a estimulação cutânea (massagem) tem a intenção de aliviar a dor através de relaxamento e distração. Promove igualmente a ativação de mecanismos inibitórios da dor.
- Posicionamentos – as mudanças de posição promovem o conforto e contribuem para o alívio da dor.

Outras estratégias:

- Musicoterapia – esta técnica ajuda a diminuir a tensão e promove o relaxamento e a produção de endorfinas endógenas, estimulando a imaginação e a distração da dor.

- Arteterapia – o teatro, a música, a arte, a escrita ou o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a controlar a sua dor.

- O humor é outra estratégia de comunicação com a criança e o adolescente. Permite o alívio da tensão e das preocupações. A sua utilização na prestação dos cuidados promove, igualmente, relações de confiança entre a criança e o profissional de saúde.

O riso permite à criança desviar a sua atenção dos estímulos dolorosos ou potencialmente dolorosos. Contribui para o relaxamento dos músculos respiratórios. Um minuto de riso é equiparado a 45 minutos de relaxamento.

7) PROCEDIMENTO

Princípios (DGS, 2012):

- Identificar experiências anteriores de dor e métodos utilizados no seu alívio;
- Negociar com a criança/ adolescente a presença dos pais ou pessoa significativa;
- Fornecer informação à criança de forma simples, exata e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento;
- Ser honesto;
- Dar *feedback* positivo;
- Não utilizar os procedimentos como uma ameaça;
- Garantir o conforto da criança;
- Evitar realizar os atos dolorosos na cama da criança/adolescente (local de refúgio/conforto);
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Permanecer junto da criança, após o ato doloroso;
- Planear os cuidados de forma a incomodar o menor número de vezes possíveis;
- Agrupar os atos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam realizadas com analgesia;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento doloroso.

Sequência do procedimento (DGS, 2012):

- ✓ Averiguar com a criança ou pais situações anteriores de procedimentos (tipo de procedimento, contexto, material utilizado, se foi utilizada analgesia/sedação, estratégia de conforto utilizadas e se foram eficazes);
- ✓ Informação preparatória e antecipatória à criança/adolescente e/ou pais sobre o procedimento a realizar (tipo de procedimento, motivo, material, duração, o que a criança pode sentir, o que a criança ou pais podem fazer para facilitar a realização do procedimento) e sobre as estratégias não-farmacológicas de controlo da dor associada ao procedimento;
- ✓ Informar a criança/adolescente sobre o comportamento esperado durante o procedimento;
- ✓ Avaliar a dor e/ou fazer ensino à criança sobre como avaliar a sua dor com a escala adequada;
- ✓ Escolher estratégia/ medida não-farmacológica, posição, local, horário, de acordo com, as preferências da criança/adolescente;
- ✓ Explicar à criança/adolescente e/ou pais como podem colaborar na realização da atividade/estratégia escolhida;
- ✓ Escolher o material necessário para implementar a medida não-farmacológica (*kits* da UCERN);
- ✓ Iniciar a atividade/estratégia não-farmacológica escolhida antes do procedimento doloroso;
- ✓ Realizar o procedimento (ter o material preparado antecipadamente, mostrar apenas à criança/adolescente se for adequado e ser for do seu interesse);
- ✓ Durante o procedimento doloroso guiar a criança e os pais para manterem a realização da atividade/ estratégia não-farmacológica;
- ✓ Avaliar a dor durante e após o procedimento;
- ✓ Permanecer junto da criança após o procedimento doloroso;
- ✓ Dar Reforço positivo;
- ✓ Registrar no processo o tipo de procedimento realizado, estratégia não-farmacológica utilizada, comportamento da criança/adolescente antes, durante e após o procedimento, colaboração da criança e participação da criança e pais na atividade/estratégia utilizada.

Referências Bibliográficas:

- Batalha, Luís (2010). *Dor em Pediatria- compreender para mudar*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-593-0
- Direção 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 (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º14/2010);
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. N.º 22/2012. Portugal, Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Guia Orientador da Boa prática Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos da OE. 2003, serie 1; n.º 6.

APROVAÇÃO E REVISÃO

Este procedimento foi aprovado em _____ e será revisto de três em três anos ou sempre que se justifiquem alterações.



Realizado por Joana Romano Santos, estudante de mestrado de SIP da UCP.

Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista C. C. e da Professora Doutora Margarida Lourenço

APÊNDICE XXVI – Análise Reflexiva: “Importância da Distração como Medida Não-Farmacológica no Alívio da Dor nas Crianças e nos Adolescentes da UCERN”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Análise Reflexiva

Importância da Distração como Medida Não-Farmacológica no Alívio da Dor nas Crianças
e nos Adolescentes da UCERN

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, novembro de 2018

Esta reflexão enquadra-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, parte integrante do terceiro semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista C.C, na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais de um Hospital da Grande Lisboa.

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direção-Geral de Saúde 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” (DGS, 2003, p.1). De acordo com Corrie, citado por Holzman, R. (2008), as experiências de dor vivenciadas na infância podem deixar “memória” no sistema nervoso, que irá condicionar a resposta a estímulos dolorosos ao longo da vida (Holzman, R., 2008).

O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças registado na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2010). O conhecimento da história de dor de cada criança é importante para que se consiga planear estratégias adequadas para a combater.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), as estratégias não-farmacológicas funcionam como um recurso imprescindível para o alívio da dor. Brereton, citada por Mckenzie (1997), refere que o tratamento farmacológico será mais eficaz quando combinado com estratégias não-farmacológicas no controlo da dor (a redução do medo e da ansiedade são preponderantes e as estratégias não-farmacológicas, complementares às farmacológicas na prevenção e no controlo do medo, da ansiedade e da dor, potenciam este resultado). Expõe ainda que as medidas eficazes para uma criança podem variar de acordo com estágio de desenvolvimento, personalidade, família, cultura, profissionais presentes, lesão e ambiente (Mckenzie, 1997).

Batalha (2010) refere que a ansiedade dos pais se relaciona com o *stress* vivido pela criança e com a gravidade da dor sentida durante os procedimentos dolorosos. São os pais quem melhor conhece a criança, e por isso podem ajudar não só na elaboração da “história de dor” dos seus filhos mas também na administração das diferentes medidas não-farmacológicas no controlo de dor, permitindo assim um alívio mais concreto e eficaz desta (Batalha, 2010). O

mesmo autor refere ainda que as 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”, e que “o modo como as crianças se lembram das experiências anteriores (influencia) as suas respostas no futuro” (idem).

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 – comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais.

A correta seleção, juntamente com a correta implementação, das estratégias requer domínio e treino destas, 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 bem-estar desta 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. Por isso cabe ao enfermeiro orientar os seus cuidados para as necessidades reveladas, de forma a aumentar o conforto e a estabilidade da criança, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas.

De acordo com um dos princípios orientadores do Plano Nacional de Controlo da Dor (2008, p.8), “todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar o sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada” – ou seja, todas as pessoas têm o direito ao controlo da dor.

As estratégias não-farmacológicas têm um carácter psicológico e são muito importantes no alívio da dor, podendo ser utilizadas em conjunto com as intervenções farmacológicas ou de forma isolada. (OE, 2013)

A utilização de estratégias não-farmacológicas pode levar a uma mudança no significado da dor, através da “reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor” (OE, 2013, p.17), mudando assim as “cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (idem).

Ao longo deste estágio, tendo em conta os turnos realizados, as experiências vivenciadas e a complexidade das crianças da UCERN, bem como as suas diferentes faixas etárias, considero que a distração é a estratégia não-farmacológica mais eficaz e mais utilizada pelos

enfermeiros da unidade para a prevenção e o controlo da dor nos procedimentos dolorosos realizados.

A Ordem dos Enfermeiros (2013) lembra que a distração é uma técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. Engloba envolver os pais e a criança numa forma de distração, envolver a criança em brincadeiras adequadas à sua idade e ao seu gosto, fazer com que a criança cante, respire e expire profundamente, sobre ou faça outro exercício que favoreça a respiração rítmica e ainda dizer piadas e utilizar o humor, estimulando a criança para brincar, ler ou conversar.

Segundo Paixão (2010), a distração é frequentemente utilizada como estratégia de *coping* para a gestão do *stress* e da dor de intensidade moderada provocada pelos procedimentos dolorosos. A utilização de distração é fundamentada pelo facto de a perceção da dor ter uma componente psicológica.

As estratégias de distração baseiam-se na capacidade da criança de se deixar conduzir por estímulos lúdicos. A técnica resume-se a sugerir à criança ou ao adolescente uma situação, ideia, atraente, para conseguir a sua atenção, de forma a que os estímulos nefastos fiquem para segundo plano (Barros, 2003).

A utilização de estratégias de distração pode ser regulada, segundo Barros (2003), por alguns princípios: proporcionar segurança e conforto à criança; proporcionar atividades diferentes; proporcionar atividades adequadas ao nível de desenvolvimento; realizar atividades quando a criança necessita de imobilização ou repouso; envolver a criança na atividade antes de iniciar o procedimento doloroso.

É prática dos cuidados de enfermagem a utilização da distração em função da idade, dos gostos e das preferências: no RN pode ser benéfica a utilização da música; até aos dois anos a criança pode ser distraída com bolas de sabão, caleidoscópio ou outros idênticos; dos três aos seis anos a fantasia é utilizada através da imaginação do super-herói que tira as dores, de música ou de contar histórias; as crianças mais velhas distraem-se com atividades cognitivas, como por exemplo filmes, jogos, música, televisão, contar ou técnica da respiração.

Todos estes cuidados devem ser utilizados em situações de dores ligeiras, em procedimentos dolorosos ou enquanto os analgésicos não atuam. Têm a finalidade de canalizar a atenção para estímulos extrínsecos à situação dolorosa (Batalha, 2010; Paixão, 2010).

Batalha (2003) salienta que o tronco cerebral, ao receber os estímulos sensitivos agradáveis, diminui a perceção dos dolorosos e permite que a concentração da criança seja centrada em estímulos agradáveis, que facilitam a libertação de neuromodeladores endógenos – que bloqueiam a perceção da dor.

A distração pode servir para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança, dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação (Batalha, 2003). Os enfermeiros têm a percepção de que a criança necessita de atividade lúdica para se relacionar, desenvolver e compreender o que a rodeia (Santos, 2011; Tavares, 2011). A presença de um objeto de referência da criança poderá ser reconfortante e tranquilizante no momento do desconforto. Qualquer brinquedo serve de distração (objeto musical, jogo, livro, boneco, balão, etc.) e é normalmente utilizado como estratégia de alívio da dor na criança, de modo a reduzir os efeitos nocivos das experiências dolorosas. A criança a partir dos três anos pode simular num boneco o procedimento a que vai ser submetida, reduzindo desta forma a ansiedade e aliviando a dor (Santos, 2011; Tavares, 2011). Os enfermeiros concordam que brincar com a criança antes do procedimento doloroso alivia a dor (Santos, 2011; Tavares, 2011) durante o procedimento doloroso promove o autocontrolo (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010), e reconhecem que enquanto brinca a criança vai-se acalmado progressivamente (Santos, Borba e Sabatés, 2000; Tavares, 2011). O brincar pode ser considerado um instrumento terapêutico no controlo da dor (Azevedo e Santos, 2004), estimulando a verbalização de sentimentos e diminuindo a ansiedade e a dor (Batalha, 2010).

Para alguns autores “o método não farmacológico mais eficaz e adaptável é a distração” (Opperman & Cassandra, 2001, p. 114), consistindo esta, recorde-se, numa tentativa de quebrar o momento de *stress* que antecede o procedimento doloroso e dar estímulos diferentes, mais positivos, à criança, que alterem a sua percepção da dor. A distração pode ser utilizada em praticamente todas as crianças, sendo necessário adequar o tipo de distração, como visto anteriormente, à faixa etária, ao desenvolvimento e ao gosto da criança.

Neste estágio ambicionava alertar a equipa de enfermagem para a importância e as vantagens de inserir a distração na prevenção da dor da criança sujeita a procedimentos dolorosos. Pretendia criar recursos, nomeadamente a construção e utilização de um *Kit* semelhante ao *Kit Sem Dói-Dói*, mas adaptado à realidade da UCERN.

Assim, construí o “*Kit da Brincadeira*” e o “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*”. São dois *kits* diferentes, mas com a mesma finalidade: prevenir e aliviar a dor nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos.

O “*Kit da Brincadeira*” é constituído pelo material que é utilizado nos procedimentos dolorosos mais frequentes realizados na UCERN, que são a colheita de sangue para análises, a algáliação, a aspiração de secreções, a administração de medicação intramuscular ou

subcutânea e colheita de sangue por via periférica. Este *Kit* tem como objetivo dar a conhecer à criança todos os materiais, permitir-lhe que os manuseie e ensinar-lhe para que é que cada um serve. Deve-se proporcionar à criança o contacto desta com os objetos reais, de modo a que se familiarize com esses objetos – o que contribui para diminuir a ansiedade que lhe possam causar (Batalha, 2010; Tavares, 2011). Tem como objetivo também dar informação antecipatória, explicando à criança as etapas do procedimento e/ou as sensações por ele evocadas através da manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e o medo, e contribuindo assim para aumentar o seu autocontrolo.

Brincar é uma das melhores formas de estimular o desenvolvimento e o potencial de uma criança e de reduzir a ansiedade desta durante os procedimentos dolorosos. Os enfermeiros devem incluir atividades recreativas como parte do cuidado de enfermagem, sendo um desafio para os profissionais de saúde saber fazer do brincar não apenas uma brincadeira, mas também um ato com intencionalidade terapêutica.

Quanto ao “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*”, apresenta um conjunto de material lúdico adequado às variadas faixas etárias da UCERN, de forma a ser um instrumento disponível para auxiliar os profissionais de saúde a prevenir a dor na criança em procedimentos dolorosos, através da aplicação de estratégias não-farmacológicas que incluam a distração.

É uma caixa constituída por material lúdico, como roca, livro, carro, jogos de encaixe, fantoches, línguas da sogra, bolas de sabão ou bolas antistress, capaz de proporcionar relaxamento e distração, permitindo a redução da ansiedade e do *stress* na criança perante procedimentos potencialmente dolorosos. A utilização do Kit, de acordo com Correia (2005, p.4), “facilita a aprendizagem de estratégias para minorar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e pais, diminuindo a percepção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos”. A utilização do Kit favorece então o controlo da dor, através do relaxamento obtido pela respiração diafragmática, com a utilização por exemplo de língua de sogra; da contração de grupos musculares com o uso de bolas antistress; do material didático destinado à simulação dos procedimentos pela criança; da distração, através da história, da música e do brinquedo. O brinquedo deve ser da preferência da criança e promover o seu interesse em agir, explorar, imaginar, construir, proporcionando-lhe, assim, prazer e bem-estar. Permite ainda o envolvimento dos pais no cuidar, através da brincadeira que podem realizar com os seus filhos. A utilização do Kit com a criança e a sua família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada, face aos procedimentos que possam induzir dor.

Em conclusão, a **técnica de distração** envolve um conjunto de estratégias cognitivas que visam desviar a atenção da criança e do jovem da dor ou do procedimento doloroso em causa, proporcionando-lhes prazer. A sua eficácia prende-se com o facto de ser difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes em simultâneo (à dor e à fonte de distração), levando à diminuição da experiência consciente da dor. As estratégias de distração podem incluir atividades de brincadeira livre ou lúdica. Os enfermeiros devem reconhecer o brincar como atividade fundamental para o desenvolvimento infantil saudável e devem utilizar o brincar como forma de distração/ recreação ou como um instrumento terapêutico de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Azevedo, D. M., e Santos, J. J. S. (2004). *Relatos de experiencia de atividades lúdicas em uma unidade pediátrica*. Acedido em novembro, 2018, em Revista Nursing: <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=212>
- Batalha L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar* (1.ª edição). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista* (2ª ed. rev. e amp.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Correia, I. (2005). Kit Sem-Doí-Doí: Para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. Outubro/Dezembro. 61.39-40.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5.º Sinal Vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação n.º 014/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Holzman, R. S., Mancuso, T., Polaner, D.M. (2008). *A Practical Approach to Pediatric Anesthesia* (1.ª edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Hockenberry, M., Wilson, W. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Lisboa: Lusociência;

- McKenzie, I.M., Gaukroger, P. B., Ragg, P.G. (1997). *Manual of Acute Pain Management in Children* (1ª edição). London: Churchill Livingstone.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não-farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE – Série I – número 6.* Portugal.
- Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência;
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.
- Pereira, A.; Nunes, J.; Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14. (1). 24-38.
- Santos, L. M. C. N., Borba, R. I. H., Sabatés, A. L. (2000). A importância do preparo da criança pré-escolar para a injeção com o uso do brinquedo. Acedido em novembro, 2018, em Ata Paulista de Enfermagem: www.unifesp.br/ata/sum.php?volume=13...
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: IAC.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7.

APÊNDICE XXVII – “*Kit da Brincadeira*”



KIT “DA BRINCADEIRA”

UCERN



novembro, 2018

Realizado por Joana Romano Santos, estudante de mestrado de SIP da UCP. Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista C.C. e da Professora Doutora Margarida Lourenço.

Materiais do Kit

Algáliação:

- Luvas esterilizadas;
- Algálias de diferentes calibres;
- Compressas;
- Seringa para insuflar o balão.

Colocação de Sonda Nasogástrica:

- Sondas nasogástricas de diferentes calibres;
- Adesivo para fixar a sonda;

Aspiração de secreções:

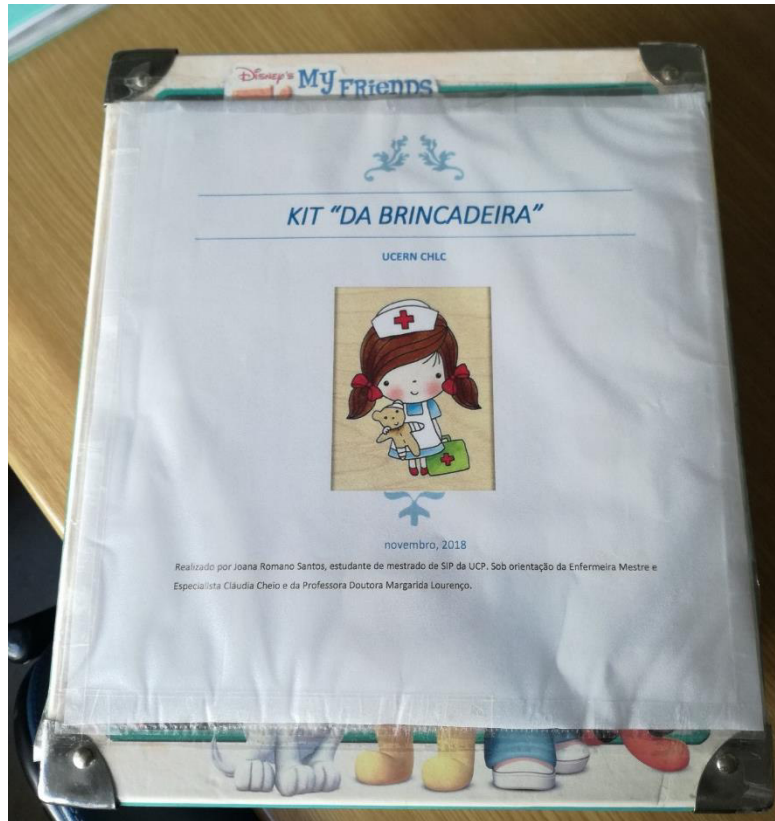
- Sondas para aspiração de secreções de diferentes calibres;

Colheita de sangue periférica e administração de medicação intramuscular e subcutânea:

- Seringas;
- Agulhas (não estão no *kit* são mostradas às crianças, quando se adequar);

Colocação de acesso venoso periférico:

- Cateteres venosos periféricos sem mandril.
- Penso de fixação;
- Compressas;



APÊNDICE XXVIII – “*Kit das Medidas Não-Farmacológicas*”



KIT “DAS MEDIDAS NÃO- FARMACOLÓGICAS”

UCERN



novembro, 2018

Realizado por Joana Romano Santos, estudante de mestrado de SIP da UCP. Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista C.C. e da Professora Doutora Margarida Lourenço.

Materiais do Kit

- 2 fantoches de dedo – menina e menino;
- 1 bola anti-stress
- Línguas da sogra;
- Bolas de sabão;
- Livro para colorir;
- Canetas;
- Plasticinas;
- Roca;
- Cds de música de criança;
- Boneco Bebê



APÊNDICE XXIX – Análise Reflexiva: “Utilização da Contenção Física no Serviço de Urgência Pediátrica”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Análise Reflexiva

Utilização da Contenção Física no Serviço de Urgência Pediátrica

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, novembro de 2018

Esta reflexão enquadra-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, parte integrante do terceiro semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista J. S., na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico do Hospital Lusíadas.

O serviço de urgência de pediatria presta cuidados urgentes e emergentes, encontrando-se a dor presente não só enquanto doença, como nos casos de traumatismo e dor abdominal, mas também enquanto sinal de alerta decorrente de técnicas relacionadas com procedimentos (Lecussan; Barbosa, 2006).

A relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente deve ser desenvolvida o mais rapidamente possível, pois desta forma é possível promover melhor adesão terapêutica, para além de se facilitar a demonstração de emoções mais positivas, apesar do contexto causador de ansiedade (Hunter; Smith, 2007). Porém, o facto de o enfermeiro ser causador indireto de dor (através, por exemplo, da realização de procedimentos dolorosos como a colheita de sangue) leva a que a relação terapêutica seja mais dificilmente desenvolvida, constituindo-se assim num desafio para o EESIP.

Prestar cuidados numa UAU-Ped exige do enfermeiro um conjunto alargado de conhecimentos, que proporcione uma prestação de cuidados sustentada e eficiente.

Apóstolo (2009) refere que o conforto é um processo contínuo, uma forma de arte de enfermagem, e que transcende a dimensão física da pessoa. A ida a uma UAU-Ped representa para a criança/o jovem e para a sua família um momento de grande ansiedade. É de extrema importância que os cuidados prestados sejam o menos traumáticos possível, contribuindo para a minimização da ansiedade e do medo do desconhecido e promovendo o conforto da dade.

O EESIP tem que deter competências quer a nível técnico e profissional quer a nível relacional, de forma a dar resposta às necessidades da criança/da família numa situação complexa. Kolcaba (2001) afirma que, em situações de doença, as necessidades de conforto não satisfeitas são asseguradas por enfermeiros, pelo que estes devem proporcionar as medidas de conforto indicadas para colmatar as necessidades apresentadas – promovendo o conforto, que é o resultado desejado.

O enfermeiro, profissional de saúde que tem um contacto mais próximo e prolongado com a criança, desempenha um papel chave na promoção do seu conforto e bem-estar, dirigindo a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, e o menos traumáticas possível (Jorge, 2004).

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 à família prestado de uma forma não-traumática. No entanto, ainda se verifica que os cuidados prestados são maioritariamente traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores.

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. Como tal, o enfermeiro deve seguir os pressupostos identificados na Carta da Criança Hospitalizada, para que todos os direitos desta sejam respeitados e defendidos, independentemente do contexto da prática – “O enfermeiro assiste a criança e a 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 referência no quinto princípio a que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (OE, 2013, p. 20). 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” (DGS, 2003, p. 1). O controlo da dor considera-se, desta forma, uma prioridade no setor da prestação de cuidados de saúde. A seleção da estratégia mais eficaz para a prevenir/minimizar deve ser uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem. As estratégias para melhorar o alívio da dor são da responsabilidade do profissional de saúde, mas o tratamento e o alívio correspondem a um direito humano básico.

As estratégias não-farmacológicas “são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (OE, 2013, p. 36). A sua adoção tem-se revelado de extrema importância aquando da realização de diversos procedimentos dolorosos e desagradáveis. A colocação em prática destas intervenções é fundamental, porque 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 sente.

Relativamente à prática e à utilização de estratégias não-farmacológicas na prevenção e no controlo da dor aguda, verifiquei que a equipa de enfermagem utiliza sobretudo a técnica de distração, o reforço positivo, a imaginação guiada, o relaxamento muscular (exercícios de respiração diafragmática), a aplicação de frio e por vezes o humor.

Durante os procedimentos dolorosos verifiquei que muitas crianças são de imediato submetidas a contenção. Deste modo, os cuidados não são negociados, não permitindo a sensação de controlo da criança/do jovem. Algumas crianças tentavam fugir, assustadas, mal viam a sala de tratamentos, apresentando comportamentos de evitamento, choro e medo. Está contenção “rotineira”, sem a componente de negociação prévia, vai contra a ideia de, entre outros, Jennifer Sanches, quando refere que “a perceção da capacidade de controlo que as crianças têm no ambiente hospitalar influencia, diretamente, a quantidade de stress imposta pela hospitalização”. A autora refere ainda que “a falta de controlo aumenta a perceção de ameaça e pode afetar os mecanismos de coping das crianças (citada por Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1028).

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (EUA, “Comissão de Credenciamento das Organizações de Saúde”) (2001) a contenção é definida como “qualquer método, físico ou mecânico, que restrinja o movimento, a atividade física ou acesso normal de uma pessoa ao seu corpo”.

A definição de imobilização enfatiza um meio de tornar uma pessoa fixa ou incapaz de se mover; já uma contenção envolve uma restrição de maneira forçada, sem considerar os desejos do paciente (Graham; Hardy, 2004).

A contenção mecânica é normalmente utilizada em crianças, tendo como objetivo garantir o sucesso da realização de um procedimento terapêutico ou de diagnóstico. A contenção pode ser definida como sendo uma restrição direta através de meios mecânicos ou do uso de força física dos membros da equipa. Pode ser descrita como “o lado positivo da aplicação de força com a intenção de dominar a criança” (Folkes, 2005).

O cuidado centrado na família é um conceito que está subjacente ao cuidar em pediatria, e este cuidar tem em conta uma negociação e uma parceria com a família envolvida (Hull; Clarke, 2011). O processo de hospitalização gera diversos efeitos no paciente e na família envolvida. Uma abordagem individual e centrada na família garante uma relação de parceria, negociação e reflexão entre o cuidador e a criança, minimizando os efeitos negativos do tratamento (Hull; Clarke, 2011). Neste sentido, e sendo a contenção um procedimento

desconhecido para muitas crianças, o envolvimento da família durante todo o processo contribui para uma maior aceitação por parte destas, uma vez que são os familiares que lhes transmitem confiança e bem-estar (Graham; Hardy, 2004). Segundo Hull e Clarke (2011), permitir que o acompanhante participe na restrição dos movimentos da criança para o tratamento diminui a ansiedade da criança, do próprio acompanhante e do profissional de saúde envolvido. A relação de confiança entre todos torna-se mais simples e o procedimento menos angustiante.

Segundo Folkes (2005), a criança ao ser contida perde a sua liberdade de movimento, podendo sentir-se inferiorizada, com medo (por não se conseguir proteger) e humilhada (por estar exposta à decisão de um estranho). O profissional de saúde deve sempre refletir sobre este tipo de procedimento, não o encarando de uma forma rotineira. Reforçando esta premissa alguns autores ainda fazem a ressalva de que a criança é um ser que depende do outro e dos seus cuidados para a sua sobrevivência, e que por isso muitas vezes acaba por sofrer abusos emocionais ou negligência, que podem ter um impacto irreversível (Mohr; Mahon; Noone, 1998).

A principal característica para que um profissional de saúde estabeleça um vínculo com o paciente é a confiança que consegue criar com este. Criar um vínculo com uma criança pode ser mais difícil, comparando com um adulto. Assim, avaliar a criança no seu todo facilita a conquista da sua confiança.

O enfermeiro deve explorar ao máximo todas alternativas antes de decidir conter uma criança. Deve evitar expor a criança a procedimentos que lhe causem sofrimento desnecessário. O ponderar se o procedimento é realmente emergente, refletir sobre o momento em que é realizado, bem como em que condições será feito é essencial para se envolver a criança no processo de tomada de decisão, garantindo a sua autonomia. (Graham; Hardy, 2004).

Folkes (2005) defende que envolver a criança em medidas alternativas para a aceitação do seu tratamento é a maneira mais simples de se conquistar a sua confiança, o que pode até muitas vezes tornar a contenção desnecessária.

Segundo o mesmo autor as alternativas podem ser, por exemplo, jogos para explicar os procedimentos, livros para distrair durante o procedimento, brinquedos, jogos de computador ou até mesmo o diálogo com a criança, explicando como pode agir durante o procedimento e o que irá acontecer (Folkes, 2005). É de realçar que envolver uma criança no tratamento depende muito do seu grau de compreensão (idem).

Envolver a família e a criança na tomada de decisão e na preparação para o procedimento, através de jogos e brincadeiras, acaba por proporcionar uma maior segurança, reduzindo a possibilidade de trauma (Hull; Clarke, 2011).

O elogio é uma maneira encontrada por muitos profissionais para o reconhecimento da cooperação do paciente para com a realização de determinado procedimento.

Em todos os procedimentos realizados a uma criança tem de existir um consentimento desta e/ou dos seus responsáveis legais. O consentimento informal para o tratamento é fornecido pelo responsável da criança. Quando as crianças estejam numa posição de entenderem o procedimento, devem ser incluídas na tomada de decisões. Para o consentimento ser considerado válido, tem de ser obtido de uma forma informada e sem coação, permitindo que o indivíduo compreenda plenamente as implicações e os possíveis efeitos relativos ao tratamento proposto (Hull; Clarke, 2011).

Existem diversas formas de planear um procedimento a uma criança. O enfermeiro pode simplesmente explicar ao responsável o que será feito, abrir o material a ser utilizado, aplicar algum medicamento anestésico, se necessário, e por fim restringir os membros da criança e realizar o procedimento. Mas existem outras opções para realizar o mesmo tratamento, ainda que recorrendo a caminhos diferentes. O ideal, segundo Hull e Clarke (2011), seria conversar com os pais ou os responsáveis pela criança sobre a melhor maneira de realizar o procedimento, decidindo em conjunto quem vai abraçá-la e mantê-la presa enquanto o enfermeiro realiza o procedimento. Previamente, é explicado à criança, se a sua idade o permitir, o procedimento a que vai ser submetida, utilizando jogos educacionais e técnicas de distração, e por fim os familiares restringem os movimentos da criança e o tratamento é concretizado. Esta segunda opção pode parecer demorada, mas acaba por reduzir o *stress*, envolve os familiares nos cuidados realizados e assegura o respeito pela criança (Hull; Clarke, 2011).

A utilização da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e às famílias. A autora frisa que 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). Conforto é um conceito subjetivo, podendo ser definido e ter significados diferentes mediante os contextos, a cultura ou a pessoa a quem se aplica. Na CIPE – Versão 2, define-se como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (*International Council of Nurses*, 2011, p. 118).

Especificamente, e articulando com o diagnóstico de situação levantado e com a teoria do Conforto de Kolcaba, 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 a manutenção da homeostase (Kolcaba e DiMarco, 2005). No contexto psicoespiritual, saliento a confiança e a motivação para a família da criança conseguir ultrapassar o evento de *stress*. Em consonância, surge o conforto ambiental, que remete para o meio e para as condições de influência externas (as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança). Por fim, relativamente ao cuidado social, o enfermeiro reconhece a cultura da dade, adequando dos seus cuidados de forma a respeitá-la culturalmente (Kolcaba e DiMarco, 2005).


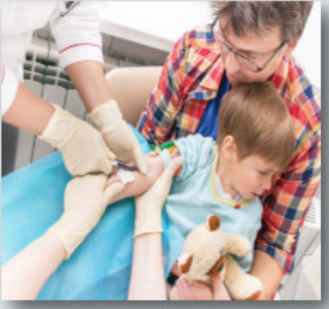
Proporcionar conforto ao cliente é uma das funções mais importantes da enfermagem e uma pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos, devendo a criança e a sua família ser consideradas como um ser único numa situação particular e que, tendo como objetivo o seu bem-estar, carece de cuidados personalizados.

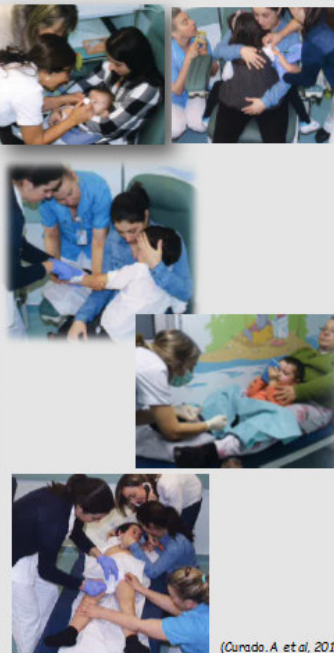
Referências bibliográficas

- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem*, 2 (9), 61-67.
- Apóstolo, J. & Kolcaba, K. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 0 (0), 1-9.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- 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. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS (Orientação n.º 14/2010).
- Folkes, K. (2005). Is Restraint a form of abuse?. **Paediatric Nursing**. v. 17; n. 6, July 2005.

- Graham, P.; Hardy, M. (2004) The immobilisation and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. **Radiography**. v. 10, p. 23-31.
- 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.
- Hull, K; Clarke, D.(2011). Are paediatric oncology nurses acknowledging the effects of restraint? A review of the current policy and research. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 15, p. 513-518.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–861.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE versão 2*, Geneve ICN, (tradução portuguesa).
- Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations.(2001) Preventing restraint deaths. **Sentinel Event Alert** 2001. november 18.
- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda,
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K., DiMarco, M. (2005). *Comfort theory and its application to pediatric Nursing*. Pediatric Nursing, (Vol 3, pp. 187-194).
- Lecussan, P.; Barbosa, S. M. M. (2006). Importância da Dor Infantil e Causas do seu Subtratamento. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria (17-20)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Mohr, W.K *et all* (1998). A restraint on restraints: The need to reconsider the use of restrictive interventions. **Archives of Psychiatric Nursing**. v. XII, n. 2, p. 95-106.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 351/22 de junho. (2015). *Diário da República n.º 119/15, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 422/12 de julho. (2018). *Diário da República n.º 133, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

APÊNDICE XXX – Desdobrável: “Contenção Física nos Procedimentos Dolorosos –
Medida Promotora do Conforto da Criança”

<p style="text-align: center;">Ideias-chave</p> <p>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. (OE, 2013)</p> <p>"O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde" (DGS, 2003, p. 1).</p> <p>As estratégias para melhorar o alívio da dor são da responsabilidade do profissional de saúde, mas o tratamento e o alívio correspondem a um direito humano básico.</p> <p>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 à família prestado de uma forma não-traumática.</p>	<p style="text-align: center;">Referencias Bibliográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> Benner, P. (2001). <i>De iniciado a perto</i>. Coimbra: Quarteiro Editora. Curado, A et al (2016) <i>Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria</i>. In M. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. Balixinho (Eds), <i>Terapêuticas de Posição: Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro</i> (pp.265–277). Loures: Lusodicta. Direção Geral de Saúde (2003). <i>Circular Normativa nº 9/DG05- A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor</i>. Lisboa. Folkes, K. (2005). Is Restraint a form of abuse?. <i>Paediatric Nursing</i>. v. 17; n. 6, July 2005. Graham, P; Hardy, M. (2004) The immobilization and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. <i>Radiography</i>. v. 10, p. 23-31. Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations.(2001) Preventing restraint deaths. <i>Sentinel Event Alert</i> 2001 . november 18. Ordem dos Enfermeiros (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. <i>Cadernos OE - Série I - número 6</i>. Portugal. <p style="text-align: center;">  CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE LISBOA, PORTUGAL </p> <p>Realizado por Joana Romano Santos Enfermeira de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria da UCP. Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista Joana Isabel Santos e da Professora Doutora Margarida Lourenço</p>	<p style="text-align: center;">Contenção Física nos procedimentos Dolorosos - Medida promotora do CONFORTO da criança</p> 
---	--	--

<p style="text-align: center;">Contenção Física/ Posicionamento Correto</p> <p>A contenção é definida como "qualquer método, físico ou mecânico, que restrinja o movimento, a atividade física ou acesso normal de uma pessoa ao seu corpo" (JCI, 2001)</p> <p>A criança ao ser contida perde a sua liberdade de movimento, podendo sentir-se inferiorizada, com medo (por não se conseguir proteger) e humilhada (por estar exposta à decisão de um estranho). (Folkes, 2005)</p> <p>Segundo a Carta das Crianças Hospitalizadas, "as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo". (OE, 2013, p. 20)</p> <p>O posicionamento correto da criança é utilizado como uma estratégia que contribui para a diminuição da ansiedade, da dor e do desconforto associados aos procedimentos dolorosos. (OE, 2013)</p> <p style="text-align: center;">Deve ser associado a outras estratégias não-farmacológicas!</p>	<p style="text-align: center;">Promoção do conforto da criança</p> <p>Princípios básicos para efetuar um posicionamento eficaz e seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atender à posição anatómica e à função fisiológica; Assegurar que as restrições físicas não são realizadas a objetos móveis; Não utilizar a restrição/contenção física como medida de punição ou substituição de vigilância. (Curado, A et al, 2016) <p>Durante um procedimento doloroso o posicionamento correto tem de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Favorecer o conforto; ⇒ Potenciar a gestão emocional; ⇒ Reduzir o stress da criança; ⇒ Imobilizar a área corporal necessária para a realização do procedimento, de forma segura. (Curado, A et al, 2016) <p>O envolvimento dos pais durante todo o processo contribui para uma maior aceitação por parte das crianças, uma vez que são os pais que lhes transmitem confiança e bem-estar (Graham; Hardy, 2004).</p>	<p style="text-align: center;">Exemplos de como realizar o Abraço Terapêutico</p>  <p style="text-align: right;">(Curado, A et al, 2016)</p>
--	---	--

APÊNDICE XXXI – Desdobrável: “Medidas Não-Farmacológicas Para o Alívio e a
Prevenção da Dor da Criança e do Jovem”

Ideias-chave

As medidas não-farmacológicas "são um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente" (OE, 2013).



Fig.5

Não substituem as estratégias farmacológicas;

Utilizam-se em situações de dor ligeira a moderada;

SÃO INTERVENÇÕES

AUTÔNOMAS DE ENFERMAGEM;

São seguras, não-invasivas e pouco dispendiosas. (OE, 2013)

Referencias Bibliográficas

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), Consultado em maio de 2018: <http://www.aped-dor.org/>.
- Direção-Geral de Saúde (2013). Circular Normativa nº9/DGEG: A Dor como Sº Sinal Vital- Registo sistemático de incidência da Dor. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º 14/2010).
- Direção-Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas recém-nascidas. Do 28 dias. Lisboa. Orientação n.º 24/2012).
- Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2017). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE - Série I - número 6. Portugal.
- Figura 1- <https://www.google.pt/search?q=maninho&rlz=C36A76C3>.
- Figura 2- <https://www.google.pt/search?q=criancas>.
- A7a1ar0u0v1t0u0c1a0c0r0f0m0&lm=ic&sa=6&ved=0UkEwlvzqW4EAFAlYo1AUI9KJ0020Q_AUJ0g58&biw=1366&bih=939&imgref=0c7T3jgqme4K7M8&gl=45451911319226.
- Figura 3- https://www.google.pt/search?biw=1366&bih=939&bih=939&sa=6&ved=0UkEwlvzqW4EAFAlYo1AUI9KJ0020Q_AUJ0g58&biw=1366&bih=939&imgref=0c7T3jgqme4K7M8&gl=45451911319226.
- Figura 4- https://www.google.pt/search?biw=1366&bih=939&bih=939&sa=6&ved=0UkEwlvzqW4EAFAlYo1AUI9KJ0020Q_AUJ0g58&biw=1366&bih=939&imgref=0c7T3jgqme4K7M8&gl=45451911319226.
- Figura 5- https://www.google.pt/search?biw=1366&bih=939&bih=939&sa=6&ved=0UkEwlvzqW4EAFAlYo1AUI9KJ0020Q_AUJ0g58&biw=1366&bih=939&imgref=0c7T3jgqme4K7M8&gl=45451911319226.



Realizado por Joana Romano Santos Enfermeira de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria da UCP, Sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista J. s. e da Professora Doutora Margarida Lourenço

Medidas Não-Farmacológicas Para o Alívio e a Prevenção da Dor da Criança e do Jovem



0- 18 Meses



Fig.1

Reduzir a incidência de **luz** e o **ruído** ambiental;
 Preservar o **sono e repouso**;
Posicionar corretamente ;
 Aplicar **massagem terapêutica**;
 Promover o **contacto físico** dos pais com o bebé;
 Promover a **sucção não-nutritiva**;
 Promover a alimentação por **leite materno**;
 Oferecer **sacarose de 24%**.
Reforço positivo.

(DGS, 2012; OE, 2013)

5-6 anos

Distração;
Simulação/Modulação;
 Utilizar o **brinquedo favorito;**
Relaxamento muscular;
Massagem terapêutica;
 Aplicação de **frio;**
Musicoterapia;
Reforço positivo.

(DGS, 2012; OE, 2013)

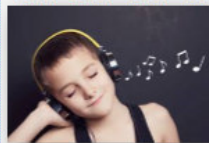


Fig.2



Fig.3

10-13 anos

Distração;
Imaginação guiada;
 Aplicação de **frio.**



Fig.4

Massagem local;
Musicoterapia;
Reforço positivo.

(DGS, 2012; OE, 2013)

APÊNDICE XXXII – Análise Reflexiva: “Importância dos Pais na Promoção do Conforto dos seus Filhos em Contexto de Serviço de Urgência”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA·PORTO·VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR: “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

Análise Reflexiva

Importância dos Pais na Promoção do Conforto dos seus Filhos em Contexto de Serviço de
Urgência

DISCENTE:

Joana Filipa Romano Santos, n.º 192017050

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, novembro de 2018

Esta reflexão enquadra-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, parte integrante do terceiro semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Margarida Lourenço e da Enfermeira Mestre e Especialista J. S., numa Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico de um Hospital da grande Lisboa.

Atualmente, o modelo conceptual implícito na prática da enfermagem pediátrica está centralizado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo de uma família (CNSCA, 2009). O Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2010) realça o reconhecimento da criança como ser vulnerável, a valorização dos pais ou da pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados, a preservação da segurança e do bem-estar da criança e da família e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança como valores a ter em consideração na prestação de cuidados de enfermagem à criança e à sua família.

A presença dos pais no meio hospitalar não é uma opção, mas sim uma necessidade e um direito da criança, da família e da equipa de saúde. A Carta de Criança Hospitalizada (1988) esclarece-o nos artigos 2.º (“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.”) e 3.º (“Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”) (p. 1-2).

Face à realidade vivida numa sala de tratamentos de um serviço de urgência, é fundamental a presença dos pais em situações de *stress* e dor às quais a criança acaba por ser submetida. Os pais são, sem dúvida, o principal apoio e fonte de segurança para a criança, sendo encorajados a acompanhá-la durante todos os momentos vividos no SUP. Os pais são quem conhece melhor as preferências da criança, os seus comportamentos e hábitos de higiene, de sono, de alimentação e de eliminação, essenciais para procurar alcançar o bem-estar da criança, tornando a estadia no hospital o mais saudável possível. Segundo Cavaco (2006, p. 56), “os pais são as vozes do acordar ou do adormecer, o

sorriso doce da mãe ou do pai, o olhar que fala sem dizer palavras, e tantos outros pormenores que irão sem dúvida permitir que a criança hospitalizada não sinta que tudo é novo, hostil ou até agressivo”.

As consequências da hospitalização infantil no desenvolvimento e na adaptação da criança podem ser expressas pelo medo, pela ansiedade, pela tristeza, pela revolta, pelo mutismo, pela vergonha ou culpa, pela sonolência, pela imobilização ou até mesmo pelas experiências sensoriais, como dor e lesão corporal (Barros, 2003; Redondeiro, 2003). Quinton e Rutter (1976) e Rutter e Rutter (1993) citados por Barros (2003) referem que as consequências negativas da hospitalização estão associadas às experiências anteriores de separação, a perturbações e carências básicas na família, à ansiedade parental e à separação do ambiente quotidiano. Hockenberry e Wilson (2014) reforçam ainda a idade, o desenvolvimento, a experiência anterior de doença, os mecanismos de defesa inatos ou adquiridos, o diagnóstico e os sistemas de apoio como fatores importantes a considerar nas reações da criança à doença e à hospitalização.

Face à doença de início súbito ou à doença crónica, além das competências técnicas e instrumentais os enfermeiros têm que desenvolver competências para a prestação dos cuidados relacionados com a dor, com os sentimentos e com as reações negativas, como a angústia, a cólera, a depressão e a agressividade da criança e dos pais (Jorge, 2004).

O significado que os pais atribuem à doença influencia o significado da doença para a própria criança, que por sua vez influencia a adaptação à doença por parte da díade. Para Barros (2003) os pais têm de viver três tipos de adaptação: aceitar a ideia de ter um filho doente e modificar as suas rotinas de forma a adaptarem-se às exigências da doença; ajudar a criança a aceitar a sua doença, as limitações e as exigências do tratamento; e manter os seus papéis (cônjuge, mãe/pai, trabalhador).

Apóstolo (2009) refere que o conforto é um processo contínuo, uma forma de arte de enfermagem, e que ultrapassa a dimensão física da pessoa. A ida a um SUP representa para a criança/o jovem e a sua família um momento de grande ansiedade, no qual é de extrema importância que os cuidados prestados sejam o menos traumáticos possível, de forma a que a ansiedade e o medo do desconhecido das crianças sejam minimizados, havendo assim uma promoção do conforto. Deste modo, como anteriormente referido, o EESIP tem que deter competências quer a nível técnico e profissional quer a nível relacional, de forma a dar resposta às necessidades da criança/da família numa situação complexa.

Hockenberry e Wilson (2014) salientam que a filosofia dos cuidados pediátricos se baseia no cuidar centrado na família, na parceria dos cuidados e nos cuidados não-traumáticos. A parceria de cuidados remete-nos para um modelo de Cuidar assente na pressuposição de que a família é alvo dos cuidados, baseando-se no reconhecimento e no respeito pelas habilidades da família nos cuidados à criança (Casey, 1995). Mendes e Martins (2012) acrescentam que a parceria está associada a um processo ativo, que requer a participação dinâmica e o acordo de todos os elementos da família na procura de objetivos comuns.

Os conceitos básicos dos cuidados centrados na família são a capacitação e o *empowerment*. Relativamente a este último conceito, o *empowerment* implica a interação entre o enfermeiro e a família com o objetivo de que esta adquira comportamentos adequados, no sentido de apoiar, ajudar e superar o momento de *stress* vivenciado pela criança. Os enfermeiros devem capacitar as famílias para que possam demonstrar as suas capacidades e competências reais, podendo igualmente adquirir novas, no sentido de dar resposta às necessidades da criança e de si próprias (Hockenberry e Wilson, 2014).

Deste modo, é imprescindível reconhecer os pais como os primeiros prestadores de cuidados à criança e parceiros da equipa – assumir que “um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados”. (OE, 2008, p.11).

Assim, a presença dos pais é fulcral para a promoção do conforto das crianças e da redução da sua ansiedade. Os pais têm um papel preponderante, pelo que é necessário dizerem sempre a verdade, sem equívocos, para que haja sempre entendimento entre eles (Wen *et al.*, 2013). Posto isto, os pais têm um especial papel na utilização de estratégias não-farmacológicas no alívio da dor. De acordo com Gorodzinsky *et al.* (2012) há um elevado número de pais que utilizam as estratégias não-farmacológicas, e são as mães que relatam uma maior utilização. Isto é importante para aumentar o conforto nas crianças e reduzir o consumo de analgesia em idade pediátrica, pois, tal como lembram Gandhi *et al.* (2010), o uso de estratégias não-farmacológicas contribui para a utilização de terapêutica analgésica.

Sabe-se que as crianças que não são preparadas previamente para os procedimentos dolorosos apresentam níveis de ansiedade mais elevados perante o procedimento (Barros, 2010). É necessário que os pais estejam calmos, sejam sinceros e honestos e preparem a criança para os procedimentos, com a finalidade de reduzir a ansiedade das crianças e,

por sua vez, a sua dor. Os pais devem ter em conta as diferenças de reações e maneiras de preparar a criança de acordo com a sua faixa etária.

O medo “surge como reacção normal a um perigo actual e real” (OE, 2011, p. 15), o qual pode desencadear várias respostas, que podem ser fisiológicas e/ou comportamentais. Os enfermeiros têm o dever de promover a diminuição do medo e da ansiedade da criança e dos pais, de forma a melhorar a autoestima e a autoconfiança (OE, 2011).

O EESIP neste serviço tem um papel crucial, pois tem um conhecimento mais aprofundado, estimula a presença dos pais junto da criança/do jovem, promove a redução do medo e da ansiedade da criança e dos pais, mobiliza recursos de suporte à família e realiza ensinamentos de cuidados antecipatórios fundamentais neste período.

Referências bibliográficas

- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem*, 2 (9), 61-67.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2010) – *A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica*. Temas em Psicologia. Lisboa. ISSN 1413-389X. Vol. 18, n.º 2, p. 295-306
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22. 1058-1062.
- Cavaco, A. (2006). A Presença dos pais num serviço de pediatria – uma opção? Uma obrigação? Que comunicação inter-pares? In Instituto de Apoio á Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 56). Lisboa: IAC.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Gandhi, M.; et al. (2010). *Management of Pain in Children with Burns*. International Journal of Pediatrics, vol. 2010, 9 p. doi: 10.1155/2010/825657
- Gorodzinsky, Ayala; et al. (2012). *Community parents’ use of non-pharmacological techniques for childhood pain management*. Children’s Health Care, vol. 41, pp. 1-15. ISSN 0273-9615

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.Gois Paixão, Trad.). (9ª ed.), Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's, *Nursing Care of Infants and Children*, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda,
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). *Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. *Revista Enfermagem Referência*. 6. 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa prática- Dor*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol. 1* (Cadernos OE) Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I, vol. 2 n.º 6. ISBN 978-989-844-01-1
- Redondeiro, M. (2003). *O quotidiano hospitalar da criança – constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância. Apresentada na Universidade do Minho.
- Wen, Qian; et al. (2013). *Postoperative pain management experiences among schoolaged children: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, pp. 958-968. doi:10.1111/jocn.12052

APÊNDICE XXXIII – Cartaz Informativo: “Pai, Mãe, Ajudem-me na Sala de
Tratamentos!”

Pai, Mãe, ajudem-me na sala de tratamentos!



Sejam
sinceros,
tolerantes
e calmos!

Não me digam que...
Vou levar uma "pica";
Se me portar mal, levo outra;
Não vai doer nada;
Se me portar mal, fico de castigo;
Só sou forte se não chorar;
Vos estou a envergonhar!

**Digam-me o que vai acontecer;
Digam-me que aquilo que me vão fazer vai fazer com que fique
melhor;**



**Incentivem-me;
Dêem-me mimos;
Elogiem-me;
Brinquem comigo.**

 **FCF**
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cartaz Informativo realizado por Joana Santos (Estudante de Mestrado em
Enfermagem de SP da UCP)
Sob orientação da Enfermeira J.S. e da Professora
Doutora Margarida Lourenço


Bibliografia: BARROS, Luísa (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos
médicos: contributo da
psicologia pediátrica. Temas em Psicologia, Lisboa, Vol. 18, n.º 2, 295-306 ISSN
1413-389X. Fonte de imagem: <https://delias.j.com.br/filhos/2014-10-12/o-que-faz-uma-crianca-feliz.html>

APÊNDICE XXXIII – Cartaz Informativo: “Preparação das Crianças para os Procedimentos Dolorosos – *Toddler* e Pré-Escolares”

Características predominantes destas crianças

- Centradas nelas;
- Nem sempre conseguem expressar os seus desejos e medos;
- Encontram-se na fase do concreto;
- Não separam o real da fantasia;
- Conferem qualidades humanas a objetos.

Preparação das crianças para os procedimentos dolorosos – Toddler e Pré-escolares



Linguagem a utilizar

Injeção, pica	Colocar medicamento debaixo da pele
Órgão	Parte ou lugar do corpo
Análises	Vamos ver como está o teu sangue
Incisão	Abertura especial
Edema	Inchaço ou alto
Maca	Cama com rodas
Fezes	Usar expressão habitual da criança
Dor	Usar expressão habitual da criança
Ferida	Dói-dói
Anestesia	Sono especial
Cortar ou tirar	Arranjar
Avaliar a temperatura	Ver se estas quente ou ver se tens febre
Avaliar a TA	Abraçar o teu braço
Cateter	Tube

Como se deve comunicar com a criança

- Comunicar diretamente com a criança;
- Evitar comparações;
- Permitir que a criança veja e explore os objetos que serão utilizados, podendo tocar-lhes.

O que são procedimentos dolorosos?
São todos os procedimentos invasivos que a criança teme e que são dolorosos também para os adultos.

Antes do Procedimento

Toddler - explicar imediatamente antes;
Pré-escolar - explicar um pouco antes; usar materiais para brincar previamente; mostrar local do corpo, através de desenho ou livro.

Durante o procedimento: dar indicações claras; ser afetuoso com a criança; elogiar a criança; orientar a criança e os pais; oferecer prémios (medalhas, autocolantes, diplomas...).

Como preparar os pais?

Perguntar aos pais quais os comportamentos/reações que a criança apresenta face aos procedimentos dolorosos;
 Explicar com antecedência o procedimento: o porquê, como, quais as possíveis sensações provocadas na criança, que tipo de apoio podem os pais dar durante o procedimento, a importância de dar consolo após este...

Validar o consentimento para a realização do procedimento

Cartaz informativo realizado por Joana Santos (Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)
 Sob orientação da Enfermeira J.S e da Professora Doutora Margarida Lourenço

Bibliografia: Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Volumes I e II. Loures, Lusocência.

Fonte de imagem: www.Google.pt

