



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROMOÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Por:

Sónia Isabel da Silva Carvalho dos Santos

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROMOÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Por:

Sónia Isabel da Silva Carvalho dos Santos

Sob a orientação de Professora Doutora Margarida Maria de Sousa Lourenço
Quitério

Lisboa, 2016

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, e pretende traduzir o meu percurso, ao longo da Unidade Curricular Estágio, que decorreu de 13 de abril a 19 de dezembro de 2015.

O objetivo deste relatório é analisar, de forma fundamentada, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A metodologia utilizada é a descrição das atividades e reflexão sobre as mesmas, tendo em atenção a evidência científica e ainda a mobilização de conhecimentos.

O tema principal é a promoção do conforto na criança: estratégias não farmacológicas no alívio da dor. O conforto é uma temática que me inquieta uma vez que é essencial para o bem-estar da criança e da sua família.

A Teoria de Conforto de Kolcaba guiou todo o meu percurso, ao longo dos diferentes módulos de estágio, pois a sua estrutura taxonómica, permite a prestação de cuidados holísticos, e com isto, ter em conta todas as necessidades da criança e família.

Após uma Revisão Sistemática da Literatura, que teve como questão de investigação: Qual o benefício das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na promoção de conforto na criança?, comprovei que há benefícios na utilização de estratégias não farmacológicas, na promoção do conforto da criança.

Para cada estágio, tracei vários objetivos específicos, de acordo com a avaliação inicial e diagnóstico de situação que apurei. Para a concretização desses objetivos, desenvolvi várias atividades, no sentido da promoção do conforto da criança e sua família. Destas destaco, nos cuidados de saúde primários, a promoção da avaliação da dor pelos enfermeiros, durante a vacinação; no âmbito da cirurgia pediátrica, a criação da “caixinha da música que tira a dor”; no contexto de urgência pediátrica a utilização da música na sala de tratamentos; e por fim, na neonatologia, a capacitação dos pais na promoção do conforto dos seus bebés.

Este percurso formativo permitiu-me retirar implicações para a prática pois desenvolvi um conhecimento aprofundado no âmbito de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,

competências de Enfermeiro Especialista definidos pela Ordem dos Enfermeiros e Universidade Católica Portuguesa.

Descritores: Conforto; Estratégias não farmacológicas; Alívio da dor; Crianças

ABSTRACT

This report comes in the context of the Course report and wants to translate my journey along the Course Stage, which was held from 13 April to 19 December 2015.

The objective of this report is to analyze, with good reason, the process of acquisition and development of competencies as Nurse Specialist Child and Pediatric Health. The methodology used is the description of activities and reflection on them, taking into account scientific evidence and also the mobilization of knowledge.

The main theme is to promote comfort in children: non-pharmacological strategies on pain relief. Comfort is an issue that troubles me as it is essential for the child and family well-being.

The Kolcaba Comfort Theory guided all my route over the different training modules because its taxonomic structure allows the provision of holistic care, and thus take into account all child and family needs.

After a Systematic Literature Review, which had the research question: What is the benefit of non-pharmacological strategies in relieving pain in promoting comfort the child?, I confirmed that there are benefits in using non-pharmacological strategies, the promotion of the child's comfort.

For each stage, I drew several specific objectives, according to the initial assessment and diagnosis of the situation that I gather. To achieve these objectives, I developed several activities in order to promote the comfort of the child and his family. These highlight, in primary health care, the promotion of pain assessment by nurses during vaccination; in the context of pediatric surgery, the creation of "music box that takes the pain"; in pediatric emergency context the use of music in the treatment room; and finally, in neonatology, training of parents in promoting the comfort of their babies.

This training course has allowed me to draw implications for practice as developed in-depth knowledge within Child Health Nursing and Pediatric Nurse Specialist competencies defined by the Order of Nurses and Catholic University of Portugal.

Key words: Comfort; Non-pharmacological strategies; Pain relief; Children

“Desde sempre que os enfermeiros no exercício da sua missão, pela natureza dos cuidados de enfermagem, pelas competências que detêm na abordagem da pessoa/família, bem como pelo seu trabalho de proximidade, assumem um papel preponderante no cuidar a pessoa em necessidades de cuidados, no qual o sofrimento e o desconforto são sempre possíveis apelos e o conforto uma necessidade humana sendo, também por isso, uma intervenção desejada”.

(SOUSA, 2014: 18)

AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Doutora Margarida Lourenço pela disponibilidade e orientação durante todo o curso,

Aos meus colegas de mestrado, em especial ao Gonçalo Pereira e Inês Tojeira, por todo o apoio e partilha,

Às Sras. Enfermeiras orientadoras de estágios, Enf^a Patrícia Gil, Enf^a Rita Proença, Enf^a Ana Dias, Enf^a Neusa Pedrosa pela partilha de conhecimentos, colaboração e apoio na concretização dos objetivos,

Aos Srs. Enfermeiros com quem partilhei este percurso e que contribuíram para a minha especialização,

A todas as crianças e pais com quem tive o prazer de me cruzar neste percurso,

Aos meus pais, irmãos, cunhada, sobrinhos e marido por compreenderem e apoiarem a realização deste sonho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

art. – artigo

ed. - edição

Enf^a – Enfermeira

et al. - e outros

n^o - número

pp. – páginas

s.d. – sem data

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

Srs. – Senhores

Sras. – Senhoras

vol. - volume

Siglas

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BO – Bloco Operatório

CCF – Cuidado Centrado na Família

CD - *Compact Disc*

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MMD – Dispositivo Multimodal

MMD-D – Dispositivo Multimodal – distração

MMD-PP – Dispositivo Multimodal – preparação de procedimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SO Ped – Serviço de Observação de Pediatria

SpO2 – Saturação periférica de Oxigénio

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCI Ped – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAD- Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

Introdução.....	17
1. Conforto e a Teoria do Conforto de Kolcaba	19
2. Benefício das Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na promoção do conforto - Revisão Sistemática da Literatura	23
3. Módulos de Estágio.....	33
3.1. Módulo I – Saúde Infantil	35
3.1.1. <i>Recurso da comunidade - Consulta Externa de Pediatria</i>	35
3.1.2. <i>Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</i>	37
3.2. Módulo II – Serviço de Cirurgia Pediátrica	46
3.3. Módulo III	53
3.3.1. <i>Serviço de Urgência Pediátrica</i>	53
3.3.2. <i>Serviço de Neonatologia</i>	59
4. Conclusão	65
5. Referências Bibliográficas.....	69
Anexos.....	75
Anexo I – Evolução cronológica do conceito de conforto	77
Anexo II – Estrutura taxonómica do conforto	81
Apêndices	85
Apêndice I – Folheto “Alimentação no primeiro ano de vida”	87
Apêndice II – Folheto “Vacina do tétano”	91
Apêndice III – Cartaz Informativo.....	95

Apêndice IV – Folheto “Papás, vamos preparar os filhotes para as vacinas?”	99
Apêndice V – Cartaz Informativo “Papás preparem-nos para as vacinas!”	103
Apêndice VI – Réguas com Escalas de Dor	107
Apêndice VII – Diapositivos Ação de Formação “Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor na vacinação”	111
Apêndice VIII – Plano de sessão de formação “Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor na vacinação”	119
Apêndice IX – Folhetos – “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor nos grupos etários (0-18 meses; 5-6 anos; 10-13 anos)”	123
Apêndice X – Cartaz Informativo “Aliviar a dor na vacinação – Estratégias não farmacológicas”	131
Apêndice XI – Manual da dor na Criança	135
Apêndice XII – Questionários de avaliação da sessão de formação	155
Apêndice XIII – Avaliação da sessão de formação	161
Apêndice XIV – Protocolo de administração da Vacina Gardasil®	167
Apêndice XV – Imagens – “Caixinha da música que tira a dor”	175
Apêndice XVI – Manual de utilização da “Caixinha da música que tira a dor”	179
Apêndice XVII – Norma de utilização da “Caixinha da música que tira a dor”	205
Apêndice XVIII – Grelha de Avaliação de observação da estratégia	217
Apêndice XIX – Plano de sessão de formação informal “Música Terapêutica”	225
Apêndice XX – Questionários de avaliação da sessão de formação informal	229
Apêndice XXI – Avaliação da sessão de formação informal	235
Apêndice XXII - Grelha de Avaliação de observação da estratégia	241
Apêndice XXIII – Manual “Música na sala de tratamentos – Promoção do conforto”	249
Apêndice XXIV – Manual “Estratégia antecipatória nas Crianças Pré-Escolares”	265
Apêndice XXV – Norma “sucção não nutritiva”	283
Apêndice XXVI – Diapositivos da sessão de formação “Promover o conforto do bebé – Papel dos Pais”	289

Apêndice XXVII – Divulgação da sessão de formação	295
Apêndice XXVIII - Plano de sessão da formação “Promover o conforto do bebé – Papel dos Pais”	299
Apêndice XXIX - Questionários de avaliação da sessão de formação	303
Apêndice XXX - Avaliação da sessão de formação	309

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	26
--------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados dos artigos seleccionados na RSL	27
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, no ano letivo 2015-2016, surge a elaboração do presente relatório de estágio, sob orientação da Sra. Professora Doutora Margarida Lourenço.

O Enfermeiro Especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE, 2010: 2). Este deve ter em atenção a noção de cuidar, a qual envolve um papel instrumental e um papel expressivo, e ainda compreender e tomar decisões de forma holística (BENNER, 2001), ou seja, deve atingir o estado perito, definido por BENNER (2001: 58), como aquele que tem “uma enorme experiência, compreende [...] de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), “trabalha com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre”, de forma a “promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2010: 1), isto é, presta cuidados ao utente pediátrico saudável ou doente, proporciona educação para a saúde e identifica e move recursos de apoio à família, tão importante para o utente pediátrico.

O tema que selecionei foi a promoção do conforto na criança: estratégias não farmacológicas no alívio da dor. É um assunto que me preocupa, na área de pediatria, uma vez que a dor é extremamente incapacitante e pode levar a alterações da qualidade de vida da criança e da sua família. O conforto “é identificado como um dos elementos do cuidado de saúde, universalmente desejável, sendo referido como um fenómeno de interesse e uma meta do cuidado para a área de enfermagem” (SOUSA, 2014: 18).

O estágio foi dividido em três módulos e os locais de estágio foram selecionados de acordo com a minha preferência geográfica, de forma a ser mais fácil a minha deslocação.

Relativamente ao Módulo I – Saúde Infantil, concretizado no período de 13 de abril a 6 de junho de 2015. Foi dividido numa semana, destinada a um estágio de observação participada num recurso da comunidade - consulta externa de pediatria e as restantes semanas nos cuidados de saúde primários - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O Módulo II foi realizado no período de 1 de setembro a 24 de outubro de 2015, num serviço de cirurgia pediátrica.

Por fim, o Módulo III decorreu de 26 de outubro a 19 de dezembro de 2015. Foi dividido de 26 de outubro a 21 de novembro num serviço de urgência pediátrica e de 23 de novembro a 19 de dezembro num serviço de neonatologia.

A metodologia que utilizei foi a metodologia de projeto. Inicialmente, executei um projeto transversal a todo o estágio, onde defini o tema e tracei os objetivos gerais do mesmo. Posteriormente, em cada módulo, elaborei um projeto específico, onde, de acordo com o diagnóstico de situação efetuado, defini os objetivos específicos e planeei as atividades de forma a alcançá-los. Em cada módulo, organizei um portfólio, o qual foi fundamental para o meu desenvolvimento, pois permitiu realizar uma constante reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas.

O objetivo deste relatório é analisar, de forma fundamentada, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de EESIP, ao longo dos diferentes módulos de estágio, e serviu como pilar da minha avaliação.

Este relatório está organizado por capítulos. É iniciado com o enquadramento teórico, no qual fiz uma abordagem sobre a evolução do termo conforto e o modelo conceptual com a teórica que me baseei neste percurso. De seguida, uma Revisão Sistemática da Literatura, sobre os benefícios das estratégias não farmacológicas no alívio da dor, na promoção do conforto na criança. No terceiro capítulo, descrevo o meu percurso ao longo dos três módulos de estágios, divididos, em subcapítulo. Dei atenção à descrição dos serviços, ao diagnóstico de situação, aos objetivos que delinee e às respetivas atividades, e foi dado ênfase à fundamentação teórica e análise crítica sobre as competências adquiridas e desenvolvidas. Termina com a conclusão, onde realço os aspetos que considero fundamentais na evolução ao longo deste percurso. O relatório inclui, ainda, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

O termo conforto deriva do latim *confortare*, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (APÓSTOLO, 2009: 62).

O conforto “tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem” (APÓSTOLO, 2009, 61), e assume um papel extremamente importante na filosofia dos cuidados de enfermagem (APÓSTOLO *et al.*, 2012).

SOUSA (2014) revela que o conceito de conforto teve uma evolução cronológica (Anexo I). Foi Florence Nightingale que iniciou a referência ao termo conforto, o qual, segundo a mesma, nunca devia ser esquecido (APÓSTOLO, 2009), pois era essencial para o doente (KOLCABA 2003). Nos anos de 1900-1929, o conforto era considerado um foco central na prestação de cuidados. Nas décadas seguintes, era uma estratégia para alcançar aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem. No entanto, nas décadas de 60, 70 e 80 passou a ser menos relevante devido aos avanços da medicina, no sentido da cura dos doentes (APÓSTOLO, 2009). Ainda de referir que segundo APÓSTOLO (2009), foi a partir da segunda metade do século XX que surgiram várias teóricas, como Kolcaba, que contribuíram com o desenvolvimento da disciplina e para a compreensão do conceito conforto.

Por fim, SOUSA (2014: 36) destaca que o estado de conforto é “mais do que alívio do desconforto [...]. O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem”. Para a mesma autora, a intervenção de enfermagem tem a “ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção” (SOUSA, 2014: 40). Assim, a mesma autora acredita que 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).

Ao abordar o tema conforto, é fundamental clarificar o significado de bem-estar, o qual é muitas vezes utilizado como sinónimo de conforto. Segundo SOUSA (2014: 43) bem-estar é um “estado de satisfação plena em resposta às exigências do corpo e/ou espírito, e uma sensação de segurança, conforto, tranquilidade”. 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:

46). Desta forma, o conforto é um resultado de saúde e para Kolcaba, aumentar o conforto é o objetivo da prestação de cuidado em saúde (KOLCABA, 2003).

A Teoria do Conforto de Kolcaba insere-se na Escola do Cuidar. É uma teoria de médio alcance, para a prática e investigação em Enfermagem, pois possui um número limitado de conceitos e pressupostos, baixo nível de abstração e facilidade de aplicação à prática (KOLCABA, 2001).

De acordo com TOMEY & ALLIGOOD (2004: 485-486), Kolcaba definiu os conceitos metaparadigmáticos. Enfermagem como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto”; doente como “quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades [...]”; ambiente como “qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados [...]”; e, por fim, saúde como “o funcionamento óptimo, conforme definido pelo paciente ou grupo [...]”.

Segundo TOMEY & ALLIGOOD (2004: 484), Kolcaba define conforto como a “condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto”, 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).

KOLCABA (2003) esclarece os tipos de conforto. Alívio como a experiência de uma pessoa que teve uma necessidade específica de conforto atendida; tranquilidade como um estado de calma e satisfação; e transcendência como um estado em que se eleva acima da dor ou problema. Relativamente aos quatro contextos, físico pertence a sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados com diagnósticos específicos; psicoespiritual diz respeito ao consciente, envolve a autoestima, o autoconceito, sexualidade, relação com um ser mais elevado; sociocultural está no domínio do interpessoal, relações familiares e sociais; por último o ambiental, compete aos meios, condições e influências externas.

Perante isto, Kolcaba usa uma estrutura taxonómica do conforto (Anexo II), onde estão inseridos os três tipos de conforto e os quatro contextos nos quais ocorre o conforto (TOMEY & ALLIGOOD, 2004), que formam um conjunto de doze células, e estas revelam “a forma total do conforto holístico” (APÓSTOLO *et al.*, 2012: 35), ou seja, só se considera que a pessoa está confortável quando estão todas as necessidades satisfeitas.

Esta teoria é humanista, holística e com base nas necessidades dos pacientes (KOLCABA, 2001) pois permite a prestação de cuidados individualizados e holísticos, com o intuito de promover o conforto da pessoa (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Ao longo do tempo, tem surgido uma grande preocupação sobre o alívio da dor/desconforto na criança. Quando se aborda o tema dor e a sua diminuição ou prevenção, não podemos dissociá-la do conforto. Assim, há um grande interesse em implementar estratégias de aumento do conforto nas crianças e pais (KOLCABA & 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/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/pais necessitam (KOLCABA & DiMARCO, 2005).

Para KOLCABA & DiMARCO (2005), a aplicação da estrutura taxonómica da Teoria de Conforto de Kolcaba para a prática pediátrica é acessível. De acordo com os mesmos autores, a aplicação desta teoria é satisfatória para a criança/família e enfermeiros, e demonstra as instituições onde a cultura do conforto é valorizado.

Para finalizar, o conforto é, então, identificado como um dos elementos do cuidado de saúde, e é uma meta do cuidado para a área de enfermagem (SOUSA, 2014).

2. BENEFÍCIO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NA PROMOÇÃO DO CONFORTO - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A dor 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: s.p.).

É “uma experiência única, individual, determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado particular e padronizada por modelos e valores culturais” (BATALHA, 2010: 4), ou seja, a dor tem um caráter subjetivo, logo cada pessoa sente a dor à sua maneira.

É algo complexo e multidimensional, pois envolve várias componentes, como fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural (BATALHA, 2010).

A dor pode ser experienciada em qualquer faixa etária. Todas as pessoas, em qualquer idade, podem sentir dor, logo é uma experiência comum ao longo da vida e muitas crianças podem senti-la regularmente (GORODZINSKY *et al.*, 2012). Sabe-se, ainda, que a criança sente mais dor que o adulto, o que pode provocar consequências prejudiciais para a sua saúde e desenvolvimento (BATALHA, 2010). Por este motivo é necessário realizar uma correta avaliação da dor e por isso é essencial utilizar instrumentos próprios adequados ao desenvolvimento da criança.

Existem vários tipos de dor, como somática, visceral, reflexa, psicogénica e neuropática. Estes tipos de dor podem causar um sofrimento evitável pelo que o seu controlo é fundamental. De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor (PORTUGAL, 2008: 8), “todo o indivíduo tem o direito ao adequado controlo da dor [...]” e “todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor [...]”. Este controlo de dor pode ser realizado através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

As estratégias farmacológicas referem-se à administração de terapêutica analgésica e coadjuvantes para o controlo da dor. A terapêutica administrada deverá seguir uma ordem específica, com base na monitorização da dor e necessidade da criança (NILSSON &

RENNING, 2012), isto é, o tratamento farmacológico utilizado depende da intensidade da dor sentida pela criança e do efeito da terapêutica administrada.

As estratégias não farmacológicas são todas as técnicas utilizadas sem uso de terapêutica, que previnam ou aliviem a dor (GORODZINSKY *et al.*, 2014). Têm um carácter psicológico e são muito importantes no alívio da dor e podem ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (OE, 2013).

Segundo BATALHA (2010), as estratégias não farmacológicas têm vantagem perante as farmacológicas, uma vez que não apresentam efeitos secundários e a criança/pais podem ser autónomos na sua utilização. Assim, com estas estratégias pode-se promover o conforto das crianças.

Segundo MUSSI (1996: 255), o conforto é “um estado subjectivo em que se verifica uma sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade [...], estado relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positivas [...]”. Por este motivo, a mesma autora considera o conforto um conceito primordial e está relacionado com a prática de enfermagem, pois durante a prestação de cuidados, um dos resultados esperados é o conforto.

Existem várias teorias de enfermagem que abordam o tema conforto, entre as quais, a Teoria do Conforto de Kolcaba que define conforto como “um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência” (APÓSTOLO, 2009: 66), conforme referido no capítulo anterior.

Perante a definição de conforto, a diminuição da dor, angústia e medo nas crianças, leva ao aumento do conforto, o que é fundamental para o crescimento saudável das crianças.

Métodos

Optei por realizar uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), uma vez que reúne melhor a evidência científica disponível. É um método rigoroso pois segue um protocolo de realização e é um modo de sistematizar o conhecimento já desenvolvido.

A pesquisa decorreu entre os dias 19 e 29 de dezembro de 2015, em Lisboa. Optei por recolher apenas artigos científicos na base de dados EBSCO.

Todo o processo de seleção da literatura foi realizado apenas por um investigador.

Questão de investigação:

A questão de investigação que tracei para a minha pesquisa é: Qual o benefício das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na promoção de conforto na criança?

É uma questão baseada no PEO (P - criança; E - estratégias não farmacológicas no alívio da dor; O - promoção do conforto).

Objetivo:

Como objetivo para esta RSL defini, verificar o benefício das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na promoção do conforto na criança.

Equação da pesquisa:

Decidi utilizar os descritores em inglês, child, non-pharmacological; pain relief; comfort. E a equação de pesquisa é: child* (TI TITTLE) AND non-pharmacological (TX ALL TEXT) AND pain relief (TX ALL TEXT) AND comfort (TX ALL TEXT).

CrITÉrios de Inclusão e Exclusão:

Estabeleci, como critérios de inclusão, os artigos que respondessem à questão de investigação formulada, em português ou inglês, com texto completo, publicados nos últimos 5 anos (2010-2015).

Defini, como critérios de exclusão, os artigos que não respondessem à questão de investigação, artigos escritos noutras línguas, exceto português e inglês, artigos incompletos, revisões sistemáticas da literatura, artigos de opinião, teses, dissertações, e, ainda, que não cumprissem o período temporal de publicação definido nos critérios de inclusão.

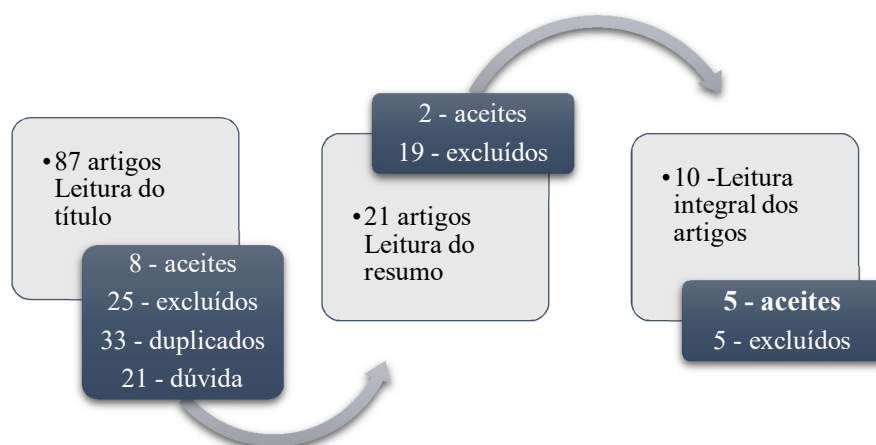
Pesquisa:

Ao seguir esta metodologia, (Fluxograma 1), encontrei oitenta e sete artigos científicos. Após a leitura dos títulos, aceitei automaticamente oito artigos; excluí vinte e cinco, por não obedecer aos critérios de inclusão; trinta e três estavam duplicados; e vinte e um artigos suscitaram-me dúvida quanto à sua inclusão.

Posteriormente, li o resumo desses vinte e um artigos. Destes, aceitei dois e excluí dezanove, por não cumprir os critérios de inclusão definidos. De seguida, li, na íntegra, os dez artigos aceites, e excluí cinco artigos por não cumprir com os critérios definidos.

No final, analisei cinco artigos científicos.

Fluxograma 1



Resultados

Após a análise dos cinco artigos selecionados, realizei uma síntese das principais ideias num quadro (Quadro 1), de forma a esquematizar os resultados.

Segundo MILLER *et al.* (2010) há uma redução dos níveis de dor e ansiedade, durante a realização de pensos de queimaduras, com a utilização de intervenções multimodais, em comparação com a distração padrão e a utilização de videojogos.

NILSSON *et al.* (2011) salientam que as crianças são um meio importante para chegar às suas próprias atividades de maneira a melhorarem a sua dor, e a capacidade de compreender e expressar a dor, angústia e ansiedade está relacionada com a sua fase de desenvolvimento.

Para NILSSON *et al.* (2013) a distração pode levar a uma diminuição da dor e a reduzir o sofrimento da criança, embora a distração ativa seja mais eficaz que a passiva.

WEN *et al.* (2013) comprovam que as crianças em idade escolar utilizam várias estratégias não farmacológicas para lidarem com a sua dor.

Para LONGHI *et al.* (2015) o uso de música provoca uma diminuição da frequência cardíaca, aumento da SpO2 e melhora o bem-estar e conforto do utente pediátrico.

Quadro 1 – Resultados dos artigos selecionados na RSL

Ano	Autores	Título	Amostra	Intervenção	Resultados
2010	Kate Miller, Sylvia Rodger, Sam Bucolo, Ristan Greer, Roy M. Kimble	Multi-modal distraction. Using technology to combat pain in young children with burn injuries	80 Crianças entre os 3-10 anos, durante as três primeiras realizações de penso a queimaduras.	Comparação entre a aplicação de intervenções de dispositivo multimodal (MMD), preparação de procedimentos (MMD-PP) e distração (MMD-D), distração padrão e videojogos, em três procedimentos diferentes.	As crianças que utilizaram o MMD-PP tiveram reduções nos níveis de dor durante os três procedimentos, em comparação com a distração padrão e os videojogos. Os participantes que usaram o MMD tinham consciência da redução da dor ao longo dos procedimentos, em comparação com a distração padrão e videojogos. Os participantes da distração padrão e videojogos apresentaram nível de dor mais elevado no procedimento 2 em comparação com o procedimento 1 e 3. Os pais observam menos dor durante os procedimentos quando as crianças utilizam o MMD, em comparação com a distração padrão. Os pais relatam aumento de dor nos participantes que utilizam videojogos.
2011	Stefan Nilsson, Carina Hallqvist, Birgitta Sidenvall, Karin Enskär	Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings	39 Crianças com idades entre os 5-10 anos com necessidade de realizar pensos de lesões agudas.	Entrevista semi-estruturada, qualitativa, com questões abertas realizadas a todas as crianças imediatamente após o procedimento.	As crianças ajudaram a chegar às atividades confortantes para melhorar a sua dor. Foram identificados quatro temas: a competência clínica, distração, a participação e segurança. <u>Competência clínica</u> - experiência das crianças no controlo da dor depende do desempenho profissional do enfermeiro no tratamento de feridas; <u>Distração</u> – distração técnica impediu que as crianças desenvolvam medo ou angústia <u>Participação</u> – Envolve os desejos das crianças sobre a tomada de decisão. Quando as crianças sentiram uma sensação de controlo na gestão da sua dor, elas também estavam preparadas para participar na tomada de decisões. <u>Segurança</u> - A maioria das experiências das crianças de tratamento adequado à dor foram baseadas nos seus sentimentos de segurança.
2013	Stefan Nilsson, Karin Enskär, Carina Hallqvist,	Active and Passive Distraction in Children	60 Crianças com idades entre os 5-12 anos com necessidade de	Comparação entre técnica de distração ativa (jogos), técnica de distração passiva	As crianças que usaram jogos ou tinham um doce relataram significativamente menor ansiedade comparativamente com os que não foram sujeitos a qualquer distração.

	Eva Kokinsky	Undergoing Wound Dressings	realizar pensos.	(comer um doce) e sem distração	Os níveis de dor observados foram menores nos participantes que estavam envolvidos nos jogos (distração ativa). O nível de angústia foi menor nas crianças que estavam envolvidos nos jogos do que nas crianças que tinham um doce.
2013	Qian Wen Sng, Beverley Taylor, Joanne LW Liam, Piyanee Klainin Yobas, Wenru Wang Hong-Gu He	Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study	15 Crianças, entre os 6-12 anos de idade, submetidos a cirurgia com mínimo de 24h de pós-operatório.	Entrevistas semi-estruturadas, realizadas a crianças internadas, um dia após cirurgia.	As crianças usam vários tipos de estratégias para lidarem com a sua dor. Foram identificados cinco temas: • <u>Ações autodirigidas para crianças para aliviar sua dor pós-operatória</u> - uso de técnicas cognitivo-comportamentais, como métodos de distração e imagens; método físico como posicionamento, dormir e beber líquidos; procura de ajuda de outras pessoas; uso de analgesia; • <u>Percepção das ações dos pais para aliviar a dor pós-operatória</u> - avaliação da dor, administração de medicamentos analgésicos, utilização de métodos cognitivo-comportamentais, físicos, utilização de estratégias de apoio emocional, auxiliar nas atividades e alertar os profissionais de saúde; • <u>Percepção das crianças das ações dos enfermeiros para alívio da sua dor pós-operatória</u> - administração de medicamentos, utilização de métodos cognitivo-comportamentais, suporte emocional, com estratégias de apoio e apoio na realização das suas atividades de vida diária; • <u>Sugestão para os pais</u> - uso de distração e presença dos pais; • <u>Sugestão para os enfermeiros</u> - administração de medicamentos, distração e posicionamento para a melhoria e alívio da dor pós-operatória. Contribuiu para o conhecimento existente sobre gestão de dor pós-operatória das crianças com base nas suas próprias experiências. As próprias crianças, os seus pais e os enfermeiros utilizam diferentes estratégias para aliviar a dor pós-operatória das crianças.
2015	Elena Longhi, Nick Pickett David J. Hargreaves	Wellbeing and hospitalized children: Can music help?	37 Crianças internadas com patologias cardíacas e/ou respiratórias entre 7 dias e 4 anos de idade.	Cada grupo de crianças participou de três sessões de 10 minutos: 1) Música; 2) Leitura; 3) Sem interação	Foi encontrada uma significativa diminuição da frequência cardíaca e nível de dor no final da sessão de música – Aumenta a distração e relaxa as crianças, logo reduz a ansiedade das mesmas. Diminuição da dor no final da sessão de música. Aumento da SpO2 nas crianças mais novas, no final da sessão de música. A pesquisa mostrou que os pais e funcionários do hospital avaliaram o uso da música no hospital positivamente. Sendo uma ajuda a melhorar os pacientes pediátricos no seu bem-estar e a confortá-los.

Discussão

A partir dos resultados obtidos, no quadro 1, após a análise dos cinco artigos selecionados, verifico que há uma grande preocupação em utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor nas crianças, de forma a reduzir a ansiedade, angústia e medo, em vários momentos, como na realização de pensos de queimaduras e lesões agudas, na dor pós-operatória e na hospitalização. De referir que nem todos os artigos mencionam o tema conforto.

É de assinalar que, ainda, há muitas crianças que apresentam níveis elevados de dor (HOCKENBERRY & WILSON, 2014) e consequentemente, elevado nível de desconforto. Desta forma é necessário encontrar estratégias com o objetivo de reduzir esta problemática.

MILLER *et al.* (2010) verificam que a utilização do dispositivo multimodal (MMD) reduz o nível de dor antes e durante os procedimentos, como a realização de pensos de queimaduras.

Este dispositivo é uma plataforma de tecnologia personalizada e foi criada para ir ao encontro das necessidades de desenvolvimento da criança. É uma consola de mão que tem como finalidade envolver a criança durante os procedimentos. O dispositivo multimodal pode ser utilizado para a preparação de procedimentos (MMD-PP), com histórias adequadas que preparam as crianças para os procedimentos, pois informam-nas sobre o que pode ocorrer durante a realização do penso e como elas podem reagir de forma a colaborar com os enfermeiros. O dispositivo multimodal pode ainda ser utilizado como distração (MMD-D) pois inclui histórias interativas durante os procedimentos (MILLER *et al.*, 2010).

Para os mesmos autores, o MMD é eficaz como estratégia não farmacológica no alívio da dor, oferece maior eficácia clínica e tem benefício em procedimentos repetidos. Revela que o MMD promove a redução de equívocos e consequentemente a ansiedade que a criança pode ter sobre o procedimento. Quanto MMD-PP é muito eficaz na preparação dos procedimentos, pois proporciona à criança uma sensação de controlo e compreensão durante o mesmo, e diminui a apreensão da mesma; e ainda que o MMD-D oferece benefícios comparativamente aos videojogos, pois não necessita de aprendizagem, é intuitivo e é novidade (MILLER *et al.*, 210).

Estes autores demonstram, ainda, que a utilização dos MMD pelas crianças durante os procedimentos é eficaz também para os pais, pois as crianças demonstram menos comportamentos de dor. Assim, os pais estão mais calmos e por sua vez, mais disponíveis

para colaborar e ajudar os seus filhos (MILLER *et al.*, 2010). Relativamente aos enfermeiros, revelam que a utilização dos MMD são muito eficazes na redução da ansiedade da criança e esta pode ter um controlo ativo sobre o procedimento que lhe estão a prestar (MILLER *et al.*, 2010).

Neste estudo, MILLER *et al.* (2010) comprovam que a utilização da distração padrão e a utilização de videojogos apresenta aumento de dor durante o segundo procedimento, enquanto a utilização do MMD mostra uma redução do nível de dor nos três procedimentos. Isto deve-se ao fato de uma criança com uma experiência negativa, aumenta o nível de ansiedade e dor nos procedimentos seguintes, logo a dor está relacionada com a ansiedade, angústia e medo (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

Para NILSSON *et al.* (2011), as crianças suportam grande variedade de procedimentos dolorosos, ao longo da vida, pelo que é comum a ansiedade aumentar ao longo do tempo devido às suas memórias. Estas experiências podem influenciar o medo, no futuro, dos cuidados de saúde, e poderá afetar negativamente a sua saúde. Assim, a diminuição da dor, angústia e ansiedade associados à realização de pensos é fundamental pois o desenvolvimento de memórias de dor afeta a capacidade da criança lidar com os procedimentos futuros (NILSSON *et al.*, 2013).

Segundo NILSSON *et al.* (2011), o uso dos autorrelatos das crianças de sofrimento/angústia, dor e ansiedade são extremamente importantes para avaliar o nível de desconforto das crianças, pois é fulcral envolver as crianças no processo de tomada de decisão. O mesmo autor menciona que, a criança precisa de se sentir segura e necessita de participar nas decisões sobre o procedimento. A criança necessita de confiar no enfermeiro para realizar o procedimento, pois quando isso acontece ela consegue distrair-se e aumentar os resultados positivos.

NILSSON *et al.* (2013) comprovam que a utilização de distração é eficaz na redução da dor e angústia, durante a realização de pensos. A distração pode ser dividida em ativa e passiva. Para os mesmos autores, a distração ativa é mais eficaz do que a passiva, ou seja, as crianças revelam limiares de dor mais elevados e maior tolerância à dor durante a distração ativa.

Segundo WEN *et al.* (2013) as crianças em idade escolar conseguem utilizar o método cognitivo-comportamental, nomeadamente a distração, e o método físico. Estes métodos fornecem uma sensação de controlo da sua dor e do seu comportamento. Demonstram, ainda, que as crianças quando são confrontadas com dor procuram outra pessoa, especialmente os

pais, uma vez que são fontes imediatas de ajuda, e as crianças conseguem compreender que os pais são fundamentais no seu processo de recuperação. Assim, a presença dos pais é fulcral para o aumento do conforto das crianças e da redução da ansiedade. Os pais têm um papel importante, pelo que é necessário dizerem sempre a verdade, sem equívocos, para que haja sempre entendimento entre eles (WEN *et al.*, 2013). Perante 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 as utilizam e são as mães que relatam uma maior utilização. Isto é importante para aumentar o conforto nas crianças e a reduzir a toma de analgesia, em idade pediátrica, pois para GANDHI *et al.* (2010), o uso de estratégias não farmacológicas reduz o uso de terapêutica analgésica.

Uma estratégia não farmacológica muito sugerida é a utilização da música. Para LONGHI *et al.* (2015) o uso de música é fundamental para envolver as crianças, aliviar o desconforto do internamento e dos procedimentos, diminuir a ansiedade e dor, através da distração. Para os mesmos autores, o uso da música provoca uma diminuição da frequência cardíaca e dor e no caso do grupo de crianças mais novas, com idade inferior a 6 meses, revela um aumento da saturação periférica de oxigénio (SpO₂). A música tem sido incutida como um meio de envolver os utentes pediátricos de forma a diminuir a angústia e desconforto, durante a realização dos procedimentos dolorosos (NILSON & RENNING, 2012).

De acordo com os artigos analisados, a estratégia não farmacológica mais evidenciada é a distração, pois é uma técnica que “direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso” (OE, 2013: 39). Esta estratégia pode ser utilizada em crianças de qualquer idade, desde que se realize em conformidade com o nível de desenvolvimento da criança.

Considerações

A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional e única. A sua perceção e manifestação varia de pessoa para pessoa. As crianças são mais vulneráveis à dor que os adultos. No entanto, ainda há uma grande quantidade de crianças com elevado nível de dor.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Assim, devem ser implementadas medidas de forma a prevenir ou diminuir a dor, com o objetivo de aumentar o conforto da criança e sua família.

Estas medidas podem ser estratégias não farmacológicas pois a sua utilização leva a uma redução do uso de fármacos analgésicos e aumentar o conforto.

A estratégia não farmacológica mais utilizada é a distração, pois é uma medida que pode ser realizada em qualquer faixa etária, mas tem que ser adequada ao nível de desenvolvimento da criança.

Verifico que o uso de estratégias não farmacológicas em crianças tem imensos benefícios entre os quais, a redução da dor, ansiedade, angústia e medo, fundamentais na promoção do conforto.

Com esta análise, apuro que a música e a presença dos pais são medidas extremamente importantes, na promoção do conforto da criança e pais.

É de notar que há mais estudos realizados na utilização de estratégias não farmacológicas em procedimentos dolorosos, como realização de pensos, de queimaduras e lesões agudas, a crianças e no pós-operatório. Isto será por ser um período de grande dor, ansiedade, angústia e medo. É um período de grande desconforto para a criança e sua família, pelo que acredito que seja esta a razão de se realizarem mais estudos de aplicação de estratégias não farmacológicas para aumentar o conforto neste âmbito, uma vez que estes sentimentos podem ser prejudiciais no futuro das crianças. Estes sentimentos podem criar medos dos prestadores de cuidados e dos cuidados de saúde, e isto pode colocar em risco a sua saúde no futuro.

Por fim, após esta análise, considero que as estratégias não farmacológicas são essenciais na promoção do conforto das crianças, pelo que concluo que há benefício na sua utilização.

Ao promover o conforto da criança, vai-se ao encontro da Teoria do Conforto de Kolcaba. Deve-se prestar cuidados de forma holística, isto é, ter em conta os três tipos de conforto nos quatro contextos em que pode ocorrer o conforto.

Como limitação desta revisão sistemática da literatura saliento que foi realizada apenas por uma investigadora.

3. MÓDULOS DE ESTÁGIO

A minha atuação enquanto futura EESIP, ao longo dos diversos estágios, centrou-se na promoção do conforto na criança, através de estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Tive sempre em atenção o modelo de Cuidado Centrado na Família (CCF), de maneira a mobilizar recursos “para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência” (OE, 2010: 4).

O modelo de CCF é uma abordagem que identifica a importância da família como agente ativo do cuidado, e que assegura a sua participação no planeamento das ações (CORRÊA *et al.*, 2015). É “uma nova forma de cuidar, que oferece oportunidade para que ela própria defina os problemas e decorrentes soluções” (CORRÊA *et al.*, 2015: 630). Os cuidados devem ser orientados no sentido do fortalecimento da família, de maneira a promover a inserção da família no cuidado à criança, facilitando o binómio criança-pais (OE, 2010). É fundamental estabelecer um relacionamento com a família, de forma a adquirir uma visão alargada dos problemas, compreender as necessidades e prioridades da família, de forma a contribuir e facilitar o desenvolvimento de um plano de cuidados para a criança e família e assim, proporcionar uma participação ativa no tratamento da criança (CORRÊA *et al.*, 2015). Assim, o modelo de CCF tem dois conceitos básicos, a capacitação e empoderamento. Isto é,

“os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidade da criança e família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovam as suas próprias forças, habilidades e ações” (HOCKENBERRY & WILSON, 2014: 11).

Posto isto, “a filosofia do cuidado centrado na família requer dos enfermeiros o atendimento das necessidades não apenas clínicas, mas também emocionais, afetivas e sociais, possibilitando um cuidado mais abrangente, o que exige mudança nos modos de cuidar da criança e adolescente [...]” (CORRÊA *et al.*, 2015: 630).

Como objetivos gerais do estágio defini, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; desenvolver competências no âmbito da avaliação da dor e utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança; e verificar o uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e conforto da criança, nos diferentes locais de estágio.

Todas as estratégias que desenvolvi tiveram em conta os domínios das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, como a responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010), indispensáveis para a humanização dos cuidados em enfermagem, artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE). Este preconiza que se preste cuidados de enfermagem, tendo em atenção a pessoa na sua totalidade, isto é, um ser único, inserido numa família e comunidade e ainda criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (NUNES, AMARAL & GONÇALVES, 2005).

Nos vários módulos de estágio, dei 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 [...]” (OE, 2010: 1).

Os módulos de estágio foram realizados num Hospital Central da área de Lisboa, exceto o módulo I – Cuidados de Saúde Primários, o qual foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na área de Lisboa.

A missão, do departamento de Pediatria desse Centro Hospitalar, é liderar de forma inovadora, estratégias de melhoria dos cuidados de saúde à criança, através da atividade assistencial, formativa e de investigação.

Relativamente à missão, dos Cuidados de Saúde Personalizados, é prestar cuidados de saúde primários de qualidade, com eficiência e eficácia, à população da sua área geográfica de influência.

3.1 MÓDULO I – SAÚDE INFANTIL

O Módulo I – Saúde Infantil, foi realizado no período de 13 de abril a 6 de junho de 2015, num total de 180 horas.

Este estágio foi dividido numa semana, destinada à observação participada num recurso da comunidade (consulta externa de pediatria) e as restantes semanas nos cuidados de saúde primários (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados).

3.1.1 *RECURSO DA COMUNIDADE - CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA*

A consulta externa de pediatria situa-se na zona exterior do hospital. Recebe, mediante marcação prévia, crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias. No caso de doença crónica, deficiência ou condicionante física, poderá acompanhar até aos 23 anos de idade.

As crianças podem ser referenciadas através da urgência pediátrica, internamento e centro de saúde da área de residência. No caso de crianças fora da área de residência do hospital, as consultas de especialidade, que não existam nos seus hospitais de referência, podem realizar-se, mediante um pedido de autorização de consulta.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos de várias especialidades, oito enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e educadoras de infância. A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Chefe, uma Enfermeira Coordenadora, uma EESIP, uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e quatro enfermeiras de cuidados gerais, com mais de quinze anos de experiência em pediatria.

Cada enfermeiro está responsável por determinada consulta. Nas consultas de enfermagem são realizados ensinamentos sobre promoção de hábitos de vida saudável (alimentação saudável, hábitos de sono, peso, altura, atualização do Plano Nacional de Vacinação) e dependendo da consulta são realizados ensinamentos mais específicos, às crianças e aos cuidadores, de acordo com as necessidades identificadas (ensinamentos da enurese, esvaziamentos vesicais, inaloterapia, cuidados ao bebé recém-nascido, evicção de ácaros e cuidados a ter no domicílio).

Existe, ainda, uma sala de vacinação e testes, e um posto de colheitas que funciona mediante prescrição interna ou do centro de saúde da área do hospital.

“Um recurso da comunidade é uma ou mais qualidades, pessoas, bens ou qualquer outra coisa que constitua uma vantagem, um recurso ou um item de valor para a comunidade.” (PORTUGAL, 2010: 1). Assim, um recurso da comunidade é uma mais-valia para a comunidade e no caso do setor da saúde é um meio onde recorrer no caso de necessidade, uma vez é um local que pode dar respostas às mesmas.

Durante a minha passagem pelas consultas externas de pediatria, pude verificar que as estratégias não farmacológicas no alívio da dor são tidas em conta durante a realização de procedimentos dolorosos, como colheitas de sangue, realização de testes cutâneos, entre outros, e a estratégia mais utilizada é a distração. Este cuidado na utilização da estratégia não farmacológica é extremamente importante para as crianças pois há preocupação dos enfermeiros com o conforto da criança durante a realização dos procedimentos.

Constatei que, as consultas externas, são um recurso muito importante para as famílias uma vez que é um grande auxílio no acompanhamento dos seus filhos e na adaptação à doença crónica. Apurei, também, que a relação que os profissionais de saúde criam com as crianças e famílias, é fundamental pois estes sentem que estão apoiados e sabem que é um local que compreende as dificuldades que passam na adaptação à doença crónica. Assim, as consultas externas de pediatria são um local de grande apoio e suporte.

A presença de um EESIP, neste serviço, é fulcral, pois de acordo com as suas competências, “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” ou seja, faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem” (OE, 2010: 4), quando utiliza estratégias não farmacológicas no alívio da dor, durante os procedimentos dolorosos e “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica [...]” (OE, 2010: 4) ao criar uma relação com a criança/jovem e os pais, no sentido de facilitar a adaptação à doença crónica e realizar os ensinamentos necessários a cada criança e família.

Perante isto, enquanto futura EESIP, neste período, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, competência definida pela UCP (2015).

3.1.2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

O Agrupamento de Centro de Saúde (ACES), onde foi realizado o estágio, abrange duas freguesias da área de Lisboa. É constituído por quatro Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Na UCSP encontra-se a sede e ainda um polo, onde funciona os cuidados continuados.

O edifício da UCSP é constituído por três pisos, equipado com acessos facilitados a pessoas com mobilidade reduzida.

A equipa de saúde da UCSP é composta por uma diretora clínica, doze médicos de medicina geral e familiar, uma Enfermeira Chefe, quinze enfermeiros, sendo uma EESIP, e ainda uma assistente social, uma psicóloga e assistentes operacionais.

A UCSP tem em funcionamento, no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ); participação no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco através do acompanhamento de famílias de risco e articulação com as estruturas de apoio às crianças e jovens em risco; o Programa Nacional de Vacinação (PNV), com vacinação, todos os dias, através de marcação; o Programa de Saúde Escolar, que está a ser realizado parcialmente, devido à falta de recursos humanos, através de um projeto em vigor, com apenas uma turma a ser acompanhada; relativamente aos adolescentes existe uma unidade dedicada ao atendimento juvenil que se encontra instalado na sede do ACES, e recebe qualquer jovem que pertença ao mesmo.

Para definir os objetivos específicos deste estágio, realizei uma observação participada, na primeira semana, nas consultas de saúde infantil e vacinação, e efetuei reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora e a Sra. Enfermeira Chefe.

Durante a vacinação de crianças, verifiquei que a dor não é avaliada e a estratégia não farmacológica no alívio da dor mais utilizada é a distração e o reforço positivo após o procedimento, em qualquer faixa etária. Observei que as crianças, quando chegam para serem vacinadas, não têm qualquer tipo de preparação realizada pelos pais, pelo que apresentam grande nível de ansiedade. A Sra. Enfermeira Chefe mencionou, ainda, que durante a administração da vacina Gardasil®, algumas raparigas apresentam síncope, pelo que sugeriu uma pesquisa sobre o tema e ainda a Sra. Enfermeira Orientadora sugeriu realização de um folheto sobre o tétano.

A partir deste diagnóstico de situação, tracei três objetivos específicos.

Como primeiro objetivo específico, defini:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados às crianças, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Para a concretização deste objetivo, realizei consultas de saúde infantil. Estas consultas são importantes para a avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança. Segundo o PNSIJ há “uma valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença” (PORTUGAL, 2013: 7). Há especial atenção aos comportamentos promotores de saúde, como alimentação saudável, amamentação, prevenção de acidentes e de consumos nocivos, promoção do exercício físico e do brincar.

No âmbito da alimentação saudável, assisti a uma formação, realizada por uma médica interna de pediatria, sobre a alimentação no primeiro ano de vida. Após isso, constatei que o folheto existente na UCSP estava desatualizado e propus-me, conjuntamente com uma aluna de Licenciatura em Enfermagem e com a colaboração da médica interna de pediatria, a atualizar o folheto existente (Apêndice I).

A realização deste folheto foi muito importante uma vez que é um tema que não é consensual e verifiquei que nem sempre era fornecida a mesma informação aos pais, por parte da equipa médica e de enfermagem, logo poderiam surgir dúvidas na diversificação alimentar da criança. Não foi possível avaliar o resultado deste folheto, uma vez que foi realizado no final do estágio e só foi aprovado e entregue aos pais após o término do mesmo.

Destaco, nas consultas de saúde infantil, a importância da comunicação em saúde, pois tem várias finalidades, como promoção e educação para a saúde, prevenção de doenças, sugestões de mudança, informação sobre a sua saúde e ainda recomendação de medidas preventivas e promoção de atividades promotoras de autocuidado (TEIXEIRA, 2004). Sabe-se que a informação em saúde necessita de “ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente [...] e personalizada” (TEIXEIRA, 2004: 7), para que todos a consigam entender.

As barreiras de linguagem podem trazer prejuízos para as duas partes, utente e profissional de saúde, uma vez que estas podem provocar dificuldade em estabelecer uma relação adequada. No caso dos utentes, a dificuldade na comunicação, pode originar ansiedade, medo, desconfiança e frustração pois receiam que não sejam compreendidos. Para os profissionais de saúde, pelo fato de não compreender o utente, e por sua vez, poder induzir erros de diagnósticos e tratamento.

A privação auditiva é um distúrbio sensorial que perturba a comunicação oral e a aprendizagem. E a língua utilizada pelos surdos é a língua gestual, a qual muitas vezes não é compreendida pelos profissionais de saúde.

Durante o estágio, deparei-me com um casal, surdo, com um bebê recém-nascido (RN), em que era necessário realizar vários ensinamentos e esclarecer as dúvidas existentes. Assim, a observação é fundamental. Temos que estar sempre atentos à linguagem não-verbal, de forma a ter um feedback da pessoa, e temos que nos adaptar e organizar estratégias de forma a contornar esta limitação.

Durante as consultas, tentei aproveitar os vários recursos disponíveis, como o pai que conseguia ler monossílabos através dos lábios, o filho mais velho, de seis anos, que transmitia aos pais, o que dizíamos através de língua gestual, e quando este não ia às consultas, a escrita foi a estratégia que encontrei, de maneira a contornar esta dificuldade.

Considero que foi uma mais-valia e um desafio, pois tive a possibilidade de realizar várias consultas a este casal, e verifiquei que, ao longo do tempo, foram ficando cada vez mais tranquilos e calmos, e desta forma, promovi o conforto dos pais.

Colaborei, ainda, com as Sras. Enfermeiras no tratamento das Notícias de Nascimento, com o objetivo de programar a primeira consulta de vida; marcação do Rastreio de Doenças Metabólicas e de vigilância de peso do recém-nascido.

Ainda para a concretização do objetivo, realizei vacinação a crianças. A vacinação é um meio extremamente importante para criar imunidade para determinadas doenças infecciosas. A vacina é um antígeno que é introduzida no corpo da pessoa e cria os anticorpos, ou seja, desencadeia imunidade por “mecanismos idênticos aos desencadeados pelas próprias doenças” (FELICIANO, 2002: 3), sem a desenvolver. As vacinas conferem uma proteção individual e de grupo. A proteção individual garante a imunidade de cada um que realiza a vacina. E “quanto maior a proporção de pessoas vacinadas menor a circulação do microrganismo” (LEÇA, *et al.*, 2012: 1), daí uma imunidade de grupo.

Segundo PNSIJ (PORTUGAL, 2013: 9), é fundamental promover a “imunização contra doenças transmissíveis”, logo é necessário, manter o PNV atualizado. As vacinas incluídas no PNV abrangem várias doenças infecciosas, como tuberculose, hepatite B, poliomielite, difteria, tétano, tosse convulsa, sarampo, parotidite, rubéola, infeções por vírus do papiloma humano, doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, meningites e septicémias

causadas pela bactéria meningococo (PORTUGAL, 2012). E ainda, introduzida recentemente no PNV, a vacina contra infecções por *Streptococcus pneumoniae*.

No passado, estas doenças causaram inúmeras mortes e sequelas graves em crianças e adultos (LEÇA, *et al.*, 2012). Após a introdução do PNV verificou-se uma redução da incidência destas doenças, com a diminuição da mortalidade e morbidade, e foram, ainda, controladas e erradicadas algumas doenças em causa (FELICIANO, 2002). Assim, é necessário manter as taxas de cobertura vacinal elevadas. Por isso, os EESIP têm um papel fundamental neste âmbito, no sentido de promover a vacinação das crianças, aumentando, assim, os ganhos em saúde.

Neste âmbito realizei um folheto sobre o tétano (Apêndice II), a pedido da Sra. Enfermeira orientadora, pois era o único que estava em falta na UCSP.

O tétano é uma “doença grave, frequentemente fatal, acompanhada por espasmos musculares provocadas pela toxina do *Clostridium tetani* [...]” (SCHAFFLER, 2004: 467). A medida mais eficaz contra o tétano é a vacinação antitetânica. Aproveitei para explorar a importância das mulheres em idade fértil possuírem esta vacina atualizada, com o objetivo de prevenir o tétano neonatal e do puerpério.

A avaliação deste folheto foi efetuada de forma informal. Foi entregue aos utentes, os quais disseram que era bastante útil, principalmente no sentido de não se esquecerem da vacinação e de ter os efeitos secundários descritos.

Deparei-me, no decorrer do estágio, que as pessoas que recorrem à UCSP, após a vacinação, não esperam os 30 minutos, conforme está preconizado pelo PNV (PORTUGAL, 2012), mesmo após o reforço por parte dos enfermeiros. Daí, achei pertinente realizar um cartaz informativo (Apêndice III), sobre a necessidade de aguardar e ficar em vigilância após a realização de qualquer vacina. Este cartaz informativo foi colocado ao lado da porta, de forma a ser visualizado quando os utentes saem da sala de vacinação.

A avaliação desta estratégia foi realizada de forma informal. A reação dos utentes foi positiva, no caso das crianças, que já sabiam ler, diziam aos pais para esperar, mas apenas uma minoria fica na sala de espera após a vacinação.

Por fim, para a concretização deste objetivo, realizei um folheto (Apêndice IV) e cartaz informativo (Apêndice V) para os pais sobre a preparação das crianças para a vacinação. Observei, que as crianças eram surpreendidas no local com o fato de irem realizar a vacina

e ainda muitos pais ameaçavam as crianças para que não chorassem ou que os deixavam sozinhos. Estas reações fazem aumentar a ansiedade das crianças e por sua vez, apresentam reações exacerbadas de dor.

A vacinação é um procedimento breve, mas doloroso e é vivido pelas crianças com grande ansiedade e angústia (FARIA, 2012). Segundo BARROS (2010: 297), o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor”, logo é um ciclo vicioso, quanto maior a ansiedade maior a percepção de dor.

Sabe-se que as crianças que não são preparadas previamente apresentam níveis de ansiedade mais elevados, perante o procedimento (BARROS, 2010). Daí, é necessário que os pais estejam calmos, sejam sinceros, honestos e que preparem a criança para a vacinação, 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.

A avaliação destes folhetos foi realizada de forma informal. Os folhetos foram entregues, aos pais, na primeira consulta, na vigilância do peso e no teste de diagnóstico precoce do bebé. Relativamente ao cartaz informativo foi colocado na sala de espera, junto à entrada para a sala de vacinação. Com estas atividades, verifiquei que os pais começaram a tentar não utilizar a chantagem ou a ameaça durante a vacinação, o que foi positivo para a diminuição da ansiedade das crianças.

Com todas estas atividades, mantive, de forma continua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, competências definidas pela UCP (2015), e prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, competências do EESIP (OE, 2010).

Para o segundo objetivo específico defini:

- ✓ Implementar estratégias de assistência sistematizada à criança e família, que implique a promoção e formação aos enfermeiros sobre a avaliação da dor e de estratégias não farmacológicas no alívio da dor nas crianças, durante a vacinação.

A avaliação da dor é fundamental e engloba duas importantes noções, a identificação e quantificação da dor (BATALHA, 2010).

É importante verificar a natureza e significado da dor, isto é, quais os estímulos que a provocam, fatores agravantes e de alívio e o tipo de dor, localização, duração e intensidade (BATALHA, 2010)

O primeiro obstáculo da avaliação da dor em pediatria é a complexidade e subjetividade desta e “o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo da criança e que se traduz em alguma incapacidade desta em comunicar a sua dor” (BATALHA, 2010: 26).

Para minimizar este obstáculo, é essencial o uso de escalas de avaliação, uma vez que é uma forma segura de avaliar a dor. 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: 27).

As escalas de avaliação da dor podem ser de auto ou heteroavaliação. Quanto à autoavaliação, é primordial o uso de escalas de avaliação adequadas à idade (BATALHA, 2010), para que a criança compreenda e possa classificar a sua dor. Relativamente à heteroavaliação, as escalas comportamentais ou compostas são o melhor relato da dor, no caso de crianças que não falam ou não são capazes de realizar uma autoavaliação (BATALHA, 2010).

Por este motivo, de maneira a atingir o objetivo, executei réguas, com várias escalas de avaliação da dor na criança (Apêndice VI) para serem colocadas na mesa, junto ao computador na sala de vacinação, onde os enfermeiros realizam os registos informáticos, de forma a promover a avaliação da dor por parte dos mesmos.

Após a avaliação da dor, é necessário implementar medidas para o seu controlo. 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: 17). Isto leva a uma diminuição em reações como o medo, ansiedade e depressão (OE, 2013).

As estratégias não farmacológicas são classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. E a sua utilização é extremamente importante numa dor ligeira a moderada.

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

Neste sentido, para atingir o objetivo acima descrito, realizei duas ações de formação aos enfermeiros da UCSP, com o título “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação” (Apêndice VII), com o objetivo de sensibilizar a importância da avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança durante a vacinação. Para esta formação elaborei um plano de sessão de formação (Apêndice VIII) e realizei a sessão, em dois dias diferentes, para que todos os enfermeiros da UCSP pudessem assistir.

Elaborei três folhetos para os enfermeiros (Apêndice IX), sobre estratégias não farmacológicas no alívio da dor nos seguintes grupos etários 0-18 meses, 5-6 anos e 10-13 anos, que foram entregues no dia da formação. Realizei, ainda, um cartaz informativo (Apêndice X) com o mesmo tema e com os mesmos grupos etários, de forma mais esquematizada, que foi afixado na parede ao lado do computador, na sala de vacinação.

Construí, ainda, um manual da dor na criança (Apêndice XI), para o serviço. Este manual está dividido por capítulos. A dor, onde se encontra uma definição da dor, fisiopatologia e dor na criança, e um subcapítulo com a dor na criança associado a procedimentos médicos como a vacinação; escalas de avaliação da dor em várias faixas etárias; e controlo da dor, nomeadamente estratégias não farmacológicas no alívio da dor; incluí, em anexo, o Programa Nacional de Controlo da Dor, as orientações técnicas sobre avaliação e controlo da dor, o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da Ordem dos Enfermeiros, vários artigos científicos, que resultaram da minha pesquisa e ainda, todos os documentos que realizei sobre este tema durante o estágio.

Todos os documentos fornecidos ao serviço são uma mais-valia de forma a melhorar a prestação da equipa de enfermagem, na integração de novos elementos e de estagiários neste âmbito.

A avaliação das atividades realizadas, como a elaboração das réguas e do manual, foram realizadas de forma informal, pelas Sra. Enfermeira orientadora e Sra. Enfermeira Chefe, que referiram que foram atividades uteis para a promoção de avaliação da dor pelos enfermeiros durante a realização da vacinação.

A avaliação, das restantes atividades, foi realizada através de um questionário sobre a avaliação da sessão e do formador pelos formandos e um questionário de avaliação da sessão de formação pelo formador (Apêndice XII) e o resultado foi extremamente positivo (Apêndice XIII).

Nas duas formações realizadas, a avaliação da sessão de formação pelos formandos, foi muito positiva, pois a maioria das respostas foi o “concordo totalmente” e relativamente ao formador a média das respostas foram “muito bom”. Ainda de referir que, os formandos puderam avaliar a documentação distribuída, em que a média das respostas foi “concordo totalmente” que o material distribuído tinha qualidade. Perante os dois grupos, verifico que não foram homogêneos, no entanto considero que a avaliação global da formação foi de “muito bom”, dadas as respostas efetuadas pelos formandos.

Estas atividades permitiram desenvolver as competências definidas pela UCP (2015) pois colaborei na integração de novos profissionais, promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, através de documentos que deixei no serviço e promovi a formação em serviço na minha área de especialização. Fui, ainda, responsável por ser facilitadora de aprendizagem (OE, 2010), competência definida pela OE.

Por fim, tracei o terceiro objetivo específico para este estágio:

- ✓ Pesquisar sobre os efeitos secundários da vacina HPV (Gardasil®).

Para a concretização deste objetivo, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre os efeitos secundários, em base de dados, para obter resultados credíveis e executei um protocolo de administração da vacina Gardasil® para a UCSP (Apêndice XIV).

Segundo a Sra. Enfermeira Chefe da UCSP, a síncope é um efeito comum após a administração da vacina Gardasil®.

De acordo com CRAWFORD *et al.* (2011), os estímulos dolorosos, como a vacinação, são descritos como situações que podem despoletar um episódio de síncope. Assim, os relatos

efetuados são de dor durante a vacinação. Esta pode ser uma justificção para as síncope, como fenómeno pós procedimento, como reação vaso-vagal (CRAWFORD *et al.*, 2011).

Segundo ANGELO *et al.* (2014) um efeito adverso comum na vacinação de adolescentes é a síncope, em comparação com outros grupos etários, e de acordo com GEE *et al.* (2011) não há aumento do risco de síncope com a administração da vacina Gardasil®, em comparação com o risco de síncope após a administração de outras vacinas em adolescentes.

Assim, as síncope, que a Sra. Enfermeira Chefe descreve, podem não estar relacionadas com a vacina Gardasil®, mas sim com a vacinação de adolescentes, resultado de um estímulo doloroso inesperado, pelo que é necessário prevenir esta situação.

A avaliação desta estratégia foi realizada pela Sra. Enfermeira Chefe, a qual referiu que o protocolo foi extremamente útil para a melhoria da prestação de cuidados no âmbito da vacinação de adolescentes, para se poder prevenir os episódios de síncope e consequentes sequelas de quedas.

Esta estratégia foi fundamental para desenvolver competências definidas pela UCP (2015) pois incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização e demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e também uma competência do enfermeiro especialista de suportar a prática clínica na investigação (OE, 2010).

Com as várias estratégias utilizadas neste estágio, consegui promover o alívio e tranquilidade, tanto ao estabelecer uma comunicação eficaz, como na utilização de estratégias não farmacológicas na vacinação.

O alívio e a tranquilidade são dois pressupostos definidos pela Teoria de Conforto de Kolcaba. Obtive isto através da redução da ansiedade e medo, aumentando consequentemente a calma, das crianças e pais, nos vários contextos, uma vez que promovi a redução da dor durante a vacinação e promovi, ainda, a consciência dos pais para a preparação das crianças para a vacinação, aumentando a confiança entre eles melhorando a sua relação. Isto é fundamental na prestação de cuidados holísticos, baseados na Teoria de Conforto de Kolcaba, pois são tidas em conta as necessidades das crianças e pais, na sua promoção do conforto.

Ainda a referir que, segundo NILSSON *et al.* (2013), quando a criança apresenta uma experiência negativa, a sua ansiedade, medo e angústia aumentam nos procedimentos

seguintes. Assim, considero que ao promover o conforto da criança durante a vacinação irá mudar as memórias desenvolvidas durante este procedimento no futuro, alcançando assim, ganhos em saúde para a criança.

3.2 MÓDULO II – SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

O Módulo II foi realizado no período de 1 de setembro a 24 de outubro de 2015, num serviço de cirurgia pediátrica, de um Hospital Central da área de Lisboa, com o total de 180 horas.

A nível institucional, o Serviço de Cirurgia Pediátrica pertence ao Departamento de Pediatria. É um serviço acreditado pela *Agencia de Calidad Santana de Andalucía* desde 3 de Junho de 2013, com o objetivo de prestar cuidados globais e específicos à criança/família com necessidades do foro cirúrgico.

Este serviço é constituído por oito quartos com o total de dezasseis camas. A Cirurgia de Ambulatório e o Hospital de Dia pertencem, também, à unidade e funcionam durante a semana com o apoio do enfermeiro responsável. No Bloco Operatório (BO) são realizadas cirurgias programadas, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas. As cirurgias urgentes são realizadas no Bloco Operatório Central.

A equipa deste serviço é multidisciplinar. No que se refere à equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Chefe e catorze enfermeiros. E o método de trabalho utilizado é o individual.

Este serviço recebe crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, que sejam provenientes da consulta externa, serviço de urgência central, serviço de urgência pediátrica (SUP), ou de outro serviço de pediatria do hospital, consoante a necessidade da criança. Existe também a possibilidade de ser transferido de Hospitais Distritais, que não consigam dar resposta à situação clínica da criança, após contato prévio. O Hospital tem, ainda, um protocolo de receber crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

A admissão da criança, com cirurgia programada, é realizada na Cirurgia de Ambulatório, saindo daí para o BO. O recobro poderá ser realizado no recobro do BO da pediatria, no Serviço de Observação de Pediatria (SO Ped), na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) ou nos Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI Ped), pois depende do BO utilizado.

Posteriormente, a criança terá alta, no caso de ser ambulatorio ou é transferida para o serviço de internamento de cirurgia.

O serviço dá resposta a várias valências dentro da especialidade de cirurgia, como a cirurgia geral, cirurgia ortopédica, neurocirurgia e cirurgia urológica.

Na primeira semana realizei uma observação participada e reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora, de maneira a poder elaborar o diagnóstico de situação e definir os objetivos específicos para este estágio.

Verifiquei que a avaliação da dor da criança, por parte dos enfermeiros é uma preocupação constante. Após essa avaliação, têm o cuidado de implementar estratégias farmacológicas, como administração de analgesia e estratégias não farmacológicas, como a distração e o reforço positivo.

Após este diagnóstico de situação, defini três objetivos específicos para este estágio.

Como primeiro objetivo específico defini:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados às crianças, no âmbito da hospitalização, nomeadamente no internamento de cirurgia pediátrica.

Durante o estágio, tive acesso aos dados relativos aos diagnósticos médicos de internamento referente ao ano de 2014 até ao mês de agosto 2015. Perante estes resultados, apuro que a fimose foi o diagnóstico mais frequente e de seguida a apendicite fleimonosa.

Não existem, no serviço, dados relativamente aos diagnósticos de enfermagem, uma vez que os processos não são informatizados e não são tratados, estatisticamente, esses dados. Esta consulta foi importante para perceber e refletir sobre os dados obtidos de maneira a adotar uma postura de prevenção dos problemas evitáveis, através de ensinamentos aos pais e crianças durante o internamento.

Verifiquei que, relativamente ao diagnóstico médico de entrada de politrauma, houve um número acentuado nos meses de julho e agosto de 2014, sendo que houve um decréscimo no em 2015, no mesmo período. Acredito que estes números elevados estejam relacionados com as férias escolares das crianças, uma vez que muitos eram resultado de quedas de bicicleta e *skate*.

Durante o estágio, tive a possibilidade de prestar cuidados à criança internada e à sua família. Necessitei de procurar informação sobre vários tipos de patologia, através de pesquisa bibliográfica e pude ainda realizar mobilização de conhecimentos, de forma a melhorar a minha prestação de cuidados.

Os procedimentos cirúrgicos têm a finalidade de promover a cura ou a melhoria da qualidade de vida da criança, mas provocam na criança/jovem e sua família, sentimentos essencialmente de medo (OE, 2011).

O medo “surge como reacção normal a um perigo actual e real” (OE, 2011: 15), o qual pode desencadear várias respostas, entre as quais, fisiológicas e reacções comportamentais. Logo, os enfermeiros têm o dever de promover a diminuição do medo e ansiedade à criança e pais, de forma a melhorar a autoestima e 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/jovem, promove a redução do medo e ansiedade da criança/pais, mobiliza recursos de suporte à família e realiza ensinamentos de cuidados antecipatórios fundamentais neste período.

Relativamente ao Traumatismo Cranioencefálico (TCE), verifico, nos dados de internamento, que no ano de 2015, de janeiro a agosto, houve mais quatro casos, em igual período de 2014.

O TCE é “um processo patológico que envolve o couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo como resultado de uma força mecânica” (HOCKENBERRY & WILSON, 2014: 1623) e está diretamente relacionado com a força do impacto (HOCKENBERRY & WILSON, 2014). Os TCE podem ser classificados como ligeiros, moderados e graves, e a sua classificação é realizada de acordo com a escala de Glasgow, entre 13 - 15, 9 - 12 e inferior a 8, respetivamente (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

De acordo com HOCKENBERRY & WILSON (2014: 1631), o prognóstico de um TCE, “depende da extensão da lesão e das complicações”. Os mesmos autores referem que a perspetiva é mais favorável nas crianças, pois apresentam resultados positivos em maior percentagem que os adultos (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

O desenvolvimento do ser humano é um processo que é influenciado pela família, ambiente, hereditariedade, maturação, contexto socioeconómico, etnia e cultura (PAPALIA *et al.*,

2001). A família é dos primeiros contextos de socialização e é um pilar no processo de reabilitação da criança que sofreu um TCE.

A família tem um conhecimento enorme sobre a criança (HOCKENBERRY & WILSON, 2014). Assim, é importante que a família seja integrada na equipa multidisciplinar, através do modelo de CCF, de maneira a definir caminhos de aprendizagem dos processos de reabilitação.

O TCE conduz de uma forma repentina, a várias mudanças, com grande impacto para a criança e família. A criança pode apresentar alterações motoras e neurológicas, que criam diferentes graus de incapacidade (HOCKENBERRY & WILSON, 2014). Isto põe em causa a realização das atividades de vida diárias da criança, logo, necessita de um prestador de cuidados, que em muitos casos será alguém da família mais próximo, o pai ou a mãe, que assumirá esse papel.

O suporte emocional à família da criança que sofreu um TCE é fundamental e é um desafio. Muitas vezes os pais sentem-se culpados, impotentes por verem o seu filho com alterações do estado de consciência e de mobilidade.

Durante este estágio, tive a possibilidade de prestar cuidados a várias crianças com o diagnóstico de TCE, desde os ligeiros aos mais graves e estes fazem-me refletir pois a dinâmica familiar altera-se completamente. Os pais têm de lidar com vários sentimentos novos e aprender a cuidar dos seus filhos, numa nova condição.

Verifiquei que os EESIP têm um papel crucial no cuidado a estas crianças mas também no apoio aos seus pais neste período tão difícil. Os enfermeiros podem escutar os pais, encorajá-los a prestar cuidados aos filhos, realizar vários ensinamentos sobre a prestação de cuidados aos filhos e ainda a fomentar-lhes a esperança.

Assim, considero que produzi um discurso pessoal fundamentado, abordei questões complexas de modo sistemático e criativo relacionado com a criança em família, identifiquei as minhas necessidades formativas, demonstrei conhecimento aprofundado sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, e zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização, competências definidas pela UCP (2015). Promovi, ainda, a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e providenciei cuidados à criança promotores dos ganhos em saúde, competência definida pela OE (2010).

O segundo objetivo específico que defini é:

- ✓ Utilizar uma estratégia não farmacológica no alívio da dor, nomeadamente a música, em crianças que estejam internadas, que apresentem dor e na realização de procedimentos dolorosos.

Conforme verifiquei na RSL, a estratégia não farmacológica mais utilizada é a distração, e neste serviço, também verifiquei isso.

Assim, optei por promover outra estratégia não farmacológica, e de acordo com RSL, a música é uma opção muito sugerida para a diminuição da dor e angústia em utentes pediátricos.

A música foi a primeira linguagem mágica do homem, na evocação às divindades e para fins medicinais em tempos ancestrais (GARCEZ & MONTEIRO, 2010). De seguida, tornou-se uma ciência, logo a música representa uma forma de linguagem universal, e está presente em qualquer época ou cultura (SANTOS & VASQUES, 2015).

De acordo com GARCEZ & MONTEIRO (2010: 7), “a literatura comprova os efeitos da música nos diversos níveis de funcionamento humano”, ou seja, o uso de música terapêutica tem inúmeros benefícios. A música suscita reações fisiológicas, com impacto no ritmo cardíaco, pressão arterial, temperatura da pele e respostas musculares. No que se refere ao nível psicológico, pode influenciar o estado de espírito, humor e respostas afetivas. Perante isto, segundo GARCEZ & MONTEIRO (2010), a música é eficaz na redução da dor, ansiedade, isolamento social e depressão.

BITTENCOURT *et al.* (2010: 106) referem que a redução da dor é explicada pelo “fato de haver uma ação da música na função autônoma que causa uma estimulação da pituitária”, lado direito do cérebro, o que resulta na libertação de endorfina, a qual provoca a diminuição da dor e consequentemente aumento do conforto.

É importante clarificar a diferença entre musicoterapia e música terapêutica. A musicoterapia é a área da ciência que estuda o ser humano, as manifestações sonoras e a “interação entre o ser humano, a música e seus elementos sonoros (timbre, altura, intensidade e duração)” (SILVA *et al.*, 2012: 89). A musicoterapia visa a utilização de música pelo musicoterapeuta, num processo estruturado, com a finalidade de promover a qualidade de vida da pessoa (SILVA *et al.*, 2012). Por outro lado, a música terapêutica, como o nome

indica, tem um efeito terapêutico. É utilizada como um recurso complementar do cuidado humano (HATEM *et al.*, 2006), “atingindo a saúde e o comportamento” (HATEM *et al.*, 2006: 186).

Para a concretização do referido objetivo, criei uma caixa intitulada de “Caixinha da música que tira a dor” (Apêndice XV). Esta é constituída por CD’s e lista de música divididos por escalões etários. A seleção das músicas foi realizada por mim, uma vez que fiz uma tentativa de entrar em contato com o programa música nos hospitais, mas não obtive resposta. Esta caixa está decorada de forma atrativa e ficou guardada na sala de enfermagem.

A avaliação desta atividade foi realizada de forma informal, pelos Srs. Enfermeiros do serviço e pela Sra. Enfermeira orientadora, que referiram que está muito bem conseguida e atrativa.

Elaborei um manual de utilização da “Caixinha da música que tira a dor” (Apêndice XVI), de maneira a colaborar com os profissionais de saúde na sua utilização. Este manual encontra-se dividido por capítulos, a dor, onde está a sua definição, fisiopatologia, dor no pós-operatório; definição de estratégias não farmacológicas no alívio da dor; diferença entre musicoterapia e música terapêutica; e por fim o capítulo da constituição e modo de utilização da caixa. Este manual inclui ainda artigos científicos que resultaram da minha pesquisa sobre este tema.

Contruí, ainda, uma norma para o departamento de pediatria sobre a utilização da “Caixinha da música que tira a dor” (Apêndice XVII), de forma a protocolar esta atividade.

A avaliação do manual e da norma foram realizados pela Sra. Enfermeira orientadora, que referiu que estão muito claros e concisos. E também pela Sra. Enfermeira Chefe que aprovou o manual, no entanto a norma ficou pendente, por ser necessário verificação e aprovação pelo Departamento de Pediatria.

Posteriormente, tive a oportunidade de aplicar o uso da “Caixinha da música que tira a dor” com as crianças internadas. A utilização foi feita em crianças que apresentavam dor ou para a realização de procedimentos dolorosos. Tive a possibilidade de utilizar os CD’s com o rádio do serviço, ou a lista, para selecionar as músicas no *Tablet* dos pais, após a sua autorização. A avaliação desta atividade foi realizada através de uma grelha de observação elaborada com base no autor BOTTEGA *et al.* (2014). Assim, apliquei a música em diversas alturas, e preenchi a grelha de observação (Apêndice XVIII).

Esta estratégia foi uma mais-valia pois promovi o relaxamento e a diminuição da ansiedade das crianças e consequentemente a diminuição da dor. Verifico com esta atividade, que as crianças em idade escolar e adolescentes são mais renitentes a estas estratégias. No entanto, no caso dos adolescentes, após a sua utilização eram os próprios a solicitar a mesma.

Com estas atividades, fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, concebi programas de melhoria contínua da qualidade, competências definidas pela OE (2010) e ainda, avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva avançada e comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como a público em geral, e realizei a gestão dos cuidados (UCP, 2015).

Por último, neste estágio, defini:

- ✓ Implementar uma estratégia de assistência sistemática à criança e família, que implica a formação dos enfermeiros sobre a utilização da música como estratégia não farmacológica no alívio da dor.

Para cumprir este objetivo, realizei uma sessão de formação informal aos enfermeiros, na passagem de turno, com o título de “Música terapêutica” com o objetivo de promover a utilização da música, como uma estratégia não farmacológica no alívio da dor.

Elaborei um plano de sessão de formação informal (Apêndice XIX). Foi uma sessão informal pelo fato de, no momento do estágio, existir falta de recursos humanos, pelo que decidi que esta seria a melhor opção, após conversas informais com a Sra. Enfermeira orientadora.

A avaliação desta estratégia foi realizada através de um questionário sobre a avaliação da sessão e do formador pelos formandos e um questionário de avaliação da sessão de formação pelo formador (Apêndice XX), e o resultado foi muito positivo (Apêndice XXI).

A avaliação da sessão de formação pelos formandos foi muito positiva, pois a maioria das respostas foi “concordo totalmente”, relativamente ao formador todas as respostas foram “muito bom”. Verifico, também, que o grupo foi homogêneo e considero que a avaliação global da formação foi de “muito bom”, tendo em conta as respostas efetuadas pelos formandos.

Desta forma, promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, competências definidas pela UCP (2015) e responsabilizei-me por ser facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho, competências definidas pela OE (2010).

Perante este estágio atuei em concordância com a Teoria de Conforto de Kolcaba, em termos dos tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, através do aumento do relaxamento e do apoio emocional prestado aos pais, nomeadamente aos pais de crianças que sofreram TCE grave, dos quais resultaram sequelas graves e que necessitam de apoio e suporte para conseguir ultrapassar todos os obstáculos.

Considero, ainda, que atingi ainda os contextos que a Teoria de Conforto de Kolcaba preconiza, através da diminuição da dor, aumento da autoestima, autoconfiança, através dos ensinamentos aos pais sobre a nova condição dos seus filhos e dos cuidados que necessitam e, ainda, com a música melhorei o contexto ambiental.

3.3 MÓDULO III

O Módulo III foi realizado no período de 26 de outubro a 19 de dezembro de 2015, com o total de 180 horas.

Este foi dividido em 90 horas (26 de outubro a 21 de novembro), destinadas a um estágio de um serviço de urgência pediátrica e as restantes (23 de novembro a 19 de dezembro) num serviço de neonatologia.

3.3.1 *SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA*

Em termos institucionais o Serviço de Urgência Pediátrica é um serviço que se encontra em processo de acreditação.

O SUP é constituído por várias salas, de triagem, aerossóis, tratamentos, pequena cirurgia, reanimação e serviço de observação pediátrica (SO Ped).

A Equipa de Enfermagem é constituída por uma Enfermeira Chefe e dezanove enfermeiros, dos quais, dois são EESIP e um Especialista em Reabilitação. O método de trabalho utilizado é o individual, tendo sempre em conta o trabalho em equipa.

Ao SUP podem recorrer crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, da área ou fora da área de residência. Podem, ainda, ser referenciadas pelo médico de clínica geral do ACES ou por um Hospital Distrital. No caso de crianças politraumatizadas, são admitidas no Serviço de Urgência Geral, uma vez que existem as especialidades e meios de diagnósticos adequados para uma intervenção imediata.

Quando a criança recorre ao SUP, é realizada a admissão por um administrativo, posteriormente é realizada a triagem pelo enfermeiro, com o sistema de Urgente/Não Urgente. De seguida, é observada pelo médico e de acordo com o diagnóstico, são solicitadas colheitas ou tratamentos.

Durante os primeiros dias de estágio procedi a uma observação participada e realizei ainda reuniões informais com a Sra. Enfermeira Orientadora, de maneira a elaborar o diagnóstico de situação.

Verifiquei que a avaliação da dor é uma preocupação por parte dos Enfermeiros. Posteriormente são aplicadas medidas farmacológicas de acordo com o protocolo vigente no serviço.

Relativamente às medidas não farmacológicas utilizadas na sala de tratamentos, a sacarose é a medida não farmacológica utilizada em bebés e nas restantes crianças e adolescentes a distração e contenção física. Apurei ainda que a preparação das crianças para os procedimentos é muitas vezes efetuada no momento em que a criança está na sala de tratamentos para a realização dos mesmos.

Após o diagnóstico de situação, delineei três objetivos específicos para este estágio.

Como primeiro objetivo específico defini:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados às crianças, no âmbito da hospitalização, nomeadamente no serviço de urgência pediátrica.

Para desenvolver este objetivo, tive a possibilidade de prestar cuidados na sala de triagem, sala de tratamentos e no SO Ped. Na sala de tratamentos e triagem foram os locais onde permaneci o maior período do meu estágio.

O SUP é um serviço com características específicas, da qual nunca tive experiência, daí, senti necessidade de procurar informação sobre vários tipos de patologias frequentes, através de pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos, para melhorar a minha prestação de cuidados.

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 e intervir através de ensinamentos, acompanhar e supervisionar os pais durante todo 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 EESIP.

Perante isto, consigo reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestei cuidados de enfermagem adequados, competência definida pela OE (2010) e mantive de forma contínua o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, competência definida pela UCP (2015).

Como segundo objetivo específico, tracei:

- ✓ Utilizar uma estratégia não farmacológica no alívio da dor, nomeadamente a música, na sala de tratamentos.

O interesse da música pela enfermagem remonta aos tempos de Nightingale, como “tratamento para amenizar a dor” (OLIVEIRA *et al.*, 2014: 872), seguida de Isa Mad Ilsen e Harry Seymor, durante os cuidados aos feridos de Guerra (BARCELLOS & TAETS, 2011).

Para BARCELLOS & TAETS (2011), a utilização da música pela enfermagem é um recurso, em intervenções que geram ansiedade e/ou dor. De acordo com os mesmos autores, estas intervenções incluem “música de fundo em sala de esperas, outras áreas do hospital ou espaços de tratamento” (BARCELLOS & TAETS, 2011: 3).

A dor, ansiedade e desconforto são sintomas muito comuns nas crianças que recorrem ao serviço de urgência pediátrica, devido à sua patologia ou aos procedimentos que são realizados, como colheita de sangue, colocação de acessos venosos periféricos, entre outros.

Assim, devem ser utilizadas estratégias não farmacológicas, complementando as medidas farmacológicas implementadas, com o objetivo de reduzir a dor e aumentar o conforto da criança.

O uso da música na sala de tratamentos, é uma estratégia ambiental, pois melhora “as condições ambientais [...]” (OE, 2013: 18) da sala, e promove que a criança se concentre na música e não na dor ou procedimento, e desta forma, favorece o conforto da criança e dos pais.

Assim, aproveitei a seleção de músicas que realizei no estágio anterior e coloquei-as numa *pen*. Seguidamente, antes de chamar a criança para a sala de tratamentos, verificava a sua idade no sistema informático e colocava as músicas, de acordo com a idade, no computador, para que a criança quando chegasse à sala de tratamentos, já pudesse ouvir a música.

A avaliação desta estratégia foi realizada através de uma grelha de observação, que executei de acordo com BOTTEGA *et al.* (2014). Após a realização dos procedimentos e saída da criança da sala realizei o preenchimento da mesma. (Apêndice XXII). Verifico que todas as crianças se acalmaram com esta estratégia, embora algumas, essencialmente as mais pequenas, apresentassem choro durante os procedimentos, mas acalmam rapidamente após se concentrarem novamente na música. Ainda de mencionar que muitos pais referiram que era uma ótima maneira de tranquilizar as crianças e eles próprios e ficaram muito satisfeitos pelo fato de haver música adequada às crianças na sala de tratamentos.

Elaborei, ainda, um manual intitulado “Música na sala de tratamentos – Promoção do conforto (Apêndice XXIII), para deixar no serviço, os benefícios da música na sala de tratamentos, pois é o local onde são realizados os procedimentos dolorosos. Este manual contém a descrição de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, definição e diferença entre musicoterapia e música terapêutica, e ainda um capítulo sobre música na sala de tratamentos. Este manual é útil para os enfermeiros e para futuros enfermeiros e alunos de enfermagem, para uma melhor integração no serviço, de maneira a manter esta estratégia na sala de tratamentos.

A avaliação deste manual foi realizada de forma informal, através da Sra. Enf^a. Orientadora, que referiu que estava muito claro e pelos Srs. Enfermeiros que esta atividade era uma mais-valia para o serviço.

Com estas atividades, consegui gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação, experiência profissional e de vida, demonstrei

aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização, refleti na e sobre a minha prática, colaborei na integração de novos profissionais e na formação dos profissionais, competência definidas pela UCP (2015); fui ainda responsável por transmitir novos conhecimentos aos profissionais do serviço, competência definida pela OE (2010).

Para último objetivo específico, defini:

- ✓ Desenvolver uma estratégia de assistência sistematizada à criança e família, que implica a promoção de uma estratégia antecipatória, para reduzir a ansiedade e medo dos procedimentos dolorosos, junto dos enfermeiros.

De acordo com BARROS (2010), a dor aguda associada a procedimentos médicos invasivos, é breve pois termina quando o procedimento acaba. BARROS (2010) refere, ainda, que a dor associada a procedimentos invasivos, como colheita de sangue, administração de intramusculares ou punção para colocar acesso periféricos está associada a ansiedade antecipatória, a qual não se consegue controlar com analgésico.

Sabe-se que o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, sendo um ciclo, ou seja, quanto maior a ansiedade, maior a dor, pois a ansiedade potencializa a dor. Assim, é necessário utilizar uma abordagem comportamental durante a realização de procedimentos médicos.

Para isto, realizei um manual sobre “estratégias antecipatórias na criança pré-escolar” (Apêndice XXIV). Este contém a definição de dor em crianças em idade pré-escolar, definição de cuidados atraumáticos, estratégias antecipatórias e folhetos com histórias que elaborei.

Selecionei a idade pré-escolar pois é um período que, devido ao seu pensamento transdutivo e ao grande sentido de egocentrismo, as crianças têm grande dificuldade em compreender a dor e os procedimentos como algo benéfico mas entendem-na como uma punição (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

Desta forma é importante, de acordo com os cuidados atraumáticos, promover estratégias antecipatórias, para reduzir a ansiedade e medo das crianças antes dos procedimentos invasivos, uma vez que a filosofia dos cuidados atraumáticos

“dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares,[...]” (HOCKENBERRY & WILSON, 2014: 11)

A elaboração de histórias, com imagens para colorir, para crianças pré-escolares, sobre os procedimentos a realizar, como, colocação de acesso periférico, colheita de sangue e administração de intramuscular é uma estratégia antecipatória de maneira a preparar as crianças para os procedimentos, reduzindo-lhes a ansiedade e medo, de forma a promover, também, o seu conforto.

Segundo DIOGO *et al.* (2015: 44) “as técnicas expressivas-projetivas como desenhar, contar histórias ou brincar com a criança são especialmente importante” pois devido a estas técnicas os enfermeiros podem transmitir segurança e informação, e reduzir, medos e ansiedades.

Este manual foi deixado no serviço, para que todos os enfermeiros tivessem acesso e foi ainda promovida a sua utilização durante a passagem de turno.

A avaliação desta atividade foi realizada de forma informal pelos enfermeiros, pois referiram que era um excelente modo de preparar a criança para estes três tipos de procedimentos, nesta idade, uma vez que podem conciliar o pintar com a preparação do procedimento que vai ser realizado, e assim, reduzir o medo.

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 medo das crianças, através das estratégias utilizada, promovendo assim, o alívio e tranquilidade. Ao melhorar o ambiente da sala de tratamentos, com a estratégia da música e ainda com a preparação das crianças para os procedimentos, consegui melhorar o contexto ambiental e sociocultural, pois envolvi os pais nesta estratégia, e alcancei, desta forma, o conforto das crianças e família.

3.3.2 SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

A nível institucional a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um serviço acreditado pela *Agência de Calidad Sanitária de Andalucía* desde 2012, com o objetivo de potenciar a qualidade de prestação de cuidados, num contexto de melhoria contínua.

A UCIN é constituída por uma sala de cuidados intensivos, intermédios e uma sala da pré-saída, com a capacidade de internar vinte e dois RN, oito, dez e quatro, respetivamente.

A UCIN recebe RN até aos 28 dias de vida, excluindo patologias infetocontagiosas. Os bebés internados provêm maioritariamente da sala de partos, mas também recém-nascidos transferidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), obstetrícia e SUP.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma Enfermeira Chefe e uma Enfermeira Coordenadora, dezoito enfermeiros graduados, dos quais seis são Enfermeiros Especialistas, dez enfermeiros de cuidados gerais, médicos neonatologistas, assistentes operacionais, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta da fala, dietista e assistente social. O método de trabalho utilizado é individual. E cada bebé tem ainda um enfermeiro de referência.

É importante mencionar que, na UCIN, foi implementado o contato telefónico, 3 a 4 dias após a saída do bebé com alta clínica da UCIN, realizado pelo enfermeiro de referência, com o objetivo de conhecer como foi a adaptação do bebé e dos pais após a saída do hospital. Existe, ainda, a visita domiciliária, que é realizada por enfermeiros com a parceria da Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio (UMAD), em que são visitadas famílias sinalizadas no internamento ou que necessitem de cuidados após a alta.

Nos primeiros dias de estágio, observei que a promoção do conforto do bebé e avaliação da dor do bebé, pelos enfermeiros é constantemente realizado. Verifiquei que a folha de registos de sinais vitais tem um campo onde é possível registar a dor e logo de seguida as estratégias farmacológicas e não farmacológicas implementadas ao bebé. Certifiquei-me, ainda, que existem inúmeras normas sobre a avaliação da dor, intervenções de enfermagem no conforto do bebé e ainda sobre estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

Após o diagnóstico de situação confirmei que a utilização de estratégias não farmacológicas e a promoção do conforto são muito utilizados neste serviço. E após realizar sessões informais com a Sra. Enfermeira orientadora defini os três objetivos específicos para o estágio.

Assim, como primeiro objetivo específico tracei:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN/pais, no âmbito da hospitalização, nomeadamente no serviço de neonatologia.

Para atingir este objetivo, tive a possibilidade de prestar cuidados na sala de pré-saída, cuidados intermédios e cuidados intensivos.

A UCIN é um serviço com características muito específicas, daí senti necessidade de procurar informação sobre vários tipos de patologias frequentes, através de pesquisa bibliográfica e realizei mobilização de conhecimentos, das aulas de mestrado e do estágio que realizei na Licenciatura em Enfermagem, para poder melhorar a minha prestação de cuidados.

Um RN de alto risco,

“É um recém-nascido que apresenta maior morbilidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer [...] devido a condições ou circunstâncias [...] impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina” (HOCKENBERRY & WILSON, 2014: 332).

A admissão de um RN de alto risco numa UCIN pode ser traumática para os pais, pois a UCIN é um local altamente novo e sofisticado, com muitos equipamentos desconhecidos (ventiladores, monitores, incubadoras, entre outros), e ao mesmo tempo, terem um parto prematuro de um bebé que necessita de ser internado nesse local.

Este RN é diferente do que foi idealizado. É mais frágil, imaturo, pequeno, e os pais têm que fazer o luto do bebé perfeito, o qual sonharam durante toda a gravidez, de forma a conseguir criar um vínculo com o bebé real.

Durante o período de internamento, os sentimentos mais comuns dos pais são medo, ansiedade e frustração (HOCKENBERRY & WILSON, 2014), devido à gravidade da situação e ao tipo de procedimentos que são realizados.

Desta forma, é fundamental criar uma assistência centrada na criança e na família, de forma a envolver os pais nos cuidados ao RN internado, para aumentar os conhecimentos e

habilidades, mas também para promover o vínculo pais-bebê (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

Perante isto, é fulcral a presença de um EESIP numa UCIN, pois para além dos cuidados especializados ao bebê, o enfermeiro tem em conta e apoia a família nos seus papéis de prestadores de cuidados e na tomada de decisão, e ainda tem em atenção todos os membros da família, como irmãos, avós, tios.

Com esta estratégia zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização, competência definida pela UCP (2015) e promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e promovi a vinculação de forma sistemática, competência definida pela OE (2010).

Como segundo objetivo específico, delineei,

- ✓ Utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, durante a minha prestação de cuidados aos bebés internados.

Até meados da década de 1970 acreditava-se que o recém-nascido não sentia dor, devido à sua imaturidade neurológica, pois julgava-se que era incapaz de conduzir o estímulo doloroso, devido à falta de mielinização e falta de memória (FARIAS *et al.*, 2011; PRESBYTERO *et al.*, 2010).

Segundo PRESBYTERO *et al.* (2010: 126) “75% dos impulsos nociceptivos são carregados por meio de fibras não mielinizadas [...]”, pelo que segundo estes autores, o recém-nascido sente dor.

Com o avanço da tecnologia, verifica-se que, de acordo com FARIAS *et al.* (2011) e VERONEZ & CORRÊA (2010), o sistema nervoso do bebê, nomeadamente as vias anatómicas responsáveis pela transmissão da dor, encontram-se desenvolvidas na sétima semana gestação e estão dispersas por toda a superfície do corpo perto da vigésima semana de gestação. Assim, é de notar que todo o RN pode sentir dor. Para VERONEZ & CORRÊA (2010), o RN prematuro pode sentir mais dor, em relação com um RN de termo, pois cada estímulo novo não é inibido, mas sim, ampliado.

Os bebês demonstram o seu desconforto através de alterações fisiológicas e comportamentais. Estas alterações são extremamente importantes de avaliar, antes, durante e após os procedimentos dolorosos (MATSUDA *et al.*, 2013).

O RN internado na neonatologia é submetido, diariamente, a vários procedimentos dolorosos, entre eles a aspiração de secreções, punção do calcâneo, entubação oro ou nasogástrica, colocação ou remoção de cateter venoso periférico, arterial ou drenagens torácicas, descolar adesivos, entre outros.

A aplicação de estímulos dolorosos, de forma repetida e prolongada no tempo, pode levar a alterações cerebrais e consequentemente de comportamento no futuro (AQUINO & CHRISTOFFEL, 2010). Assim, perante a realização de procedimentos dolorosos, deve-se implementar estratégias farmacológicas ou não farmacológicas.

Para a concretização do objetivo definido, verifiquei que não existia, no serviço, a norma sobre a sucção não nutritiva, pelo que, decidi realizá-la (Apêndice XXV), de forma a protocolar esta estratégia.

Segundo PRESBYTERO *et al.* (2010) e MATSUDA *et al.* (2013) a sucção não nutritiva inibe a hiperatividade do RN e ajuda o bebê a reorganizar-se, e, desta forma, promove o conforto do mesmo. Isto acontece porque durante os movimentos rítmicos há libertação de serotonina, conforme afirma AQUINO & CHRISTOFFEL (2010).

A sucção não nutritiva permite a autorregulação, ou seja, o RN controla a fonte dos estímulos pela sua própria atividade (AQUINO & CHRISTOFFEL, 2010). Para os mesmos autores, o RN deverá realizar mais de 30 sucções por minuto, e seu efeito é imediato, no entanto, quando suspende a sucção, este efeito desaparece. Isto deve-se ao fato do mecanismo de ação não ser mediado por endorfinas.

Durante a minha prestação de cuidados, houve a possibilidade de aplicar várias estratégias não farmacológicas aos recém-nascidos internados. Para além da estimulação da sucção não nutritiva, tive a possibilidade de promover a contenção física e posicionamento dos bebês.

HOCKENBERRY & WILSON (2014: 354) refere que o “tato é o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e constitui-se como base para a comunicação precoce entre as crianças e os cuidadores”.

Como referi anteriormente, os procedimentos de enfermagem são dolorosos, nomeadamente os mais invasivos, pelo que as técnicas de posicionamento e manipulação promovem o conforto e minimizam o *stress* (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

Desta forma, antes, durante e após os procedimentos dolorosos, deve-se promover a contenção e o posicionamento, pois favorece a reorganização do bebé. A contenção deverá ser mantida durante 10 minutos após os procedimentos (MATSUDA *et al.*, 2014).

As avaliações destas atividades foram realizadas, de forma informal, pela Sra. Enfermeira orientadora. Relativamente à norma a Sra. Enfermeira Orientadora referiu que foi extremamente útil, de maneira a protocolar esta estratégia, uma vez que era a que faltava, embora ainda necessite de aprovação pela Sra. Enfermeira Chefe e pelo Departamento de Pediatria.

Com estas atividades, fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do bebé e planeei programas de melhoria continua, competências definidas pela OE (2010) e zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização, competência definida pela UCP (2015).

Por fim, defini, como objetivo específico, para este estágio:

- ✓ Capacitar os pais para promover o conforto do bebé, através de formação aos mesmos.

Como referi anteriormente, é fundamental ter em conta os cuidados centrados na criança e família. Um dos conceitos básicos desta filosofia de cuidados é a capacitação. Ou seja, os enfermeiros capacitam os pais através a criação de oportunidades de forma a mostrarem as suas capacidades (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

É importante sensibilizar os pais, que podem ser ativos na promoção do conforto dos seus filhos, e capacitá-los para realizarem estratégias não farmacológicas.

Assim, os EESIP têm um papel essencial na utilização, no ensino e supervisão, aos pais, das estratégias não farmacológicas, para que estes as possam utilizar no hospital, mas também no domicílio, uma vez que a dor não é apenas sentida no hospital. Portanto, ao termos pais capazes de realizar estratégias não farmacológicas aos seus filhos, estamos a promover o conforto das crianças.

Para a concretização deste objetivo, realizei uma secção de formação aos pais, com o título “Promover o conforto do bebé – Papel dos Pais” (Apêndice XXVI) com o objetivo de sensibilizar a importância do papel dos pais na promoção do conforto do bebé. Efetuei um papel informativo de forma a divulgar a formação aos pais (Apêndice XXVII) e elaborei um plano de sessão de formação (Apêndice XXVIII).

A avaliação da sessão de formação foi realizada através de um questionário realizado aos pais que assistiram à formação, sobre a avaliação da sessão e do formador e um questionário de avaliação da sessão de formação pelo formador (Apêndice XXIX), sendo que o resultado foi muito positivo (Apêndice XXX).

Os pais avaliaram a sessão de formação como muito positiva pois a maioria das respostas foi “concordo totalmente”. Relativamente à avaliação do formador todas as respostas foram “muito bom”. Considero que o grupo não era homogêneo e não houve cumprimento do horário pelos formandos, pelo que a formação não teve início na hora programada. No entanto, verifico que a avaliação global da formação foi de “muito bom”, dado as respostas realizadas pelos formandos.

Observei, após a formação, que os pais tentaram promover algumas das estratégias, mencionadas na formação, aos seus bebés e tive a oportunidade de colaborar com eles, a melhorar os cuidados prestados aos seus bebés.

Assim, promovi a vinculação de forma sistemática, assisti a criança e família na maximização da sua saúde, competências definidas pela OE (2010) e desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e família, competência definida pela UCP (2015).

Com a realização das estratégias que preconizei, estive de acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba. Atingi a transcendência dos pais, ao promover a sua capacitação na promoção do conforto do seu bebé. Considero que esta estratégia permite ainda promover o contexto sociocultural, através do aumento do vínculo pais-bebé. E consegui, ainda, melhorar o contexto físico, através das estratégias não farmacológicas, contenção e posicionamento.

4. CONCLUSÃO

Com a realização do presente relatório, pretendi descrever o meu percurso, ao longo dos vários estágios, de forma fundamentada. Descrevi as atividades que desenvolvi nos diferentes módulos de estágio, de forma a alcançar os objetivos que tracei para cada um. Isto foi fundamental para a minha aquisição e desenvolvimento de competências de EESIP definidas pela OE e pela UCP.

O EESIP tem um papel privilegiado e preponderante no acompanhamento, próximo, na vida da criança e da sua família, tanto na saúde como na doença. Assim, é essencial para a promoção de mudança de comportamentos de modo a aumentar os ganhos em saúde.

O fato de ter selecionado o tema de promoção do conforto na criança, considero que a Teoria do Conforto de Kolcaba foi a melhor opção para orientar as minhas atividades, uma vez que me permite uma prestação de cuidados holísticos, centradas na criança e sua família, com dor.

Através da RSL, verifico que as estratégias não farmacológicas trazem vários benefícios na promoção do conforto nas crianças.

Posteriormente, em cada módulo de estágio, observo que, conforme um dos resultados da RSL, a estratégia não farmacológica mais utilizada é a distração. A criança pode sentir dor em várias situações, como por exemplo, os procedimentos dolorosos. Estas situações são geradores de ansiedade, medo, angústia e dor, pelo que é necessário intervir neste problema.

Após uma reflexão ao longo do percurso realizado, destaco, no módulo I, cuidados de saúde primários, a importância da promoção da avaliação da dor pelos enfermeiros e no desenvolvimento de estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação da crianças, pois contribuí para uma melhoria na prestação de cuidados.

Quanto ao módulo II – serviço de cirurgia pediátrica, evidencio a criação da “Caixinha da música que tira a dor”, e no módulo III – serviço de urgência pediátrica, implementação de música na sala de tratamentos, pois conforme a RSL refere que a música é uma ótima estratégia para diminuir a angústia e desconforto durante a realização dos procedimentos dolorosos, o que é essencial na promoção do conforto das crianças.

No módulo III – serviço de neonatologia, sobressaio a promoção da capacitação dos pais na promoção do conforto dos seus bebés, sendo importante para o aumento da interação com o seu bebé e consequentemente do vínculo pais-bebé.

Saliento, por fim, que em todos os locais de estágio, facultei documentação como artigos científicos, que resultaram da minha pesquisa, e ainda manuais, normas, protocolos, que elaborei, os quais são uma vantagem, na formação dos profissionais e na integração dos novos profissionais.

A gestão efetiva da dor da criança e da sua família é um direito da pessoa e é fundamental na humanização dos cuidados e na valorização profissional. Desta forma, pode-se proporcionar uma melhoria nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. Ainda de mencionar que a gestão do bem-estar da criança e sua família é uma área de atuação do EESIP.

Este percurso permitiu-me desenvolver competências de EESIP, isto é, assisto a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, cuido da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e presto cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem.

Estas competências são uma mais-valia para o meu futuro profissional, uma vez que, fui transferida, recentemente, para um Serviço de Referência de Cardiopatias Congénitas (Cardiologia Pediátrica), pelo que o conforto das crianças e pais é fundamental, e as estratégias não farmacológicas, são intervenções autónomas, que podem ser implementadas, com o intuito de promover a diminuição da dor, angústia e medo. No entanto, acredito que terei que manter sempre uma procura ativa, de evidência científica, pois a ciência não é estanque e está sempre a evoluir.

Durante este caminho, senti várias dificuldades pelo fato da minha experiência profissional ser na área dos adultos e não na área de pediatria, pelo que necessitei de realizar uma pesquisa bibliográfica mais exaustiva em todos os módulos de estágios para ultrapassar esta dificuldade.

De referir ainda, que o fato de ter sido transferida de serviço, durante a concretização do mestrado foi uma limitação, apesar de ser o que mais pretendia. Isto deve-se ao fato ter tido em simultâneo os vários módulos de estágio e a integração no novo serviço, o que exigiu mais de mim, pois estava numa área diferente e a adaptar-me a novas realidades.

Para concluir, constato que atingi os objetivos gerais e específicos a que me propus para este percurso de aprendizagem e considero que transmiti, de forma reflexiva, a minha evolução, pessoal e académica, enquanto futura EESIP.

E considero, ainda, que tive um desenvolvimento positivo durante todo este percurso pois desenvolvi as competências do EESIP, definidas pela OE e pela UCP, fundamentais para o meu futuro pessoal e profissional, uma vez que permitem responder com tomadas de decisão e práticas profissionais mais seguras e fundamentadas nesta área de especialização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELO, Maria-Genalin; *et al.* (2014). **Post-licensure safety surveillance for human papillomavirus-16/18-AS04-adjuvanted vaccine: more than 4 years of experience.** *Pharmacoepidemiology and drug safety*. vol. 23, pp.456-465. doi 10.1002/pds.3593

APED. **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.** Acedido em Março de 2015: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>

APÓSTOLO, João Luís Alves (2009). **O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos.** *Revista Referência, Série II nº 9 Março* pp. 61-67

APÓSTOLO, João; *et al.* (2012). **Conforto/Desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Menta*, nº 7 pp. 33-38

AQUINO, Fernanda Martins de; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira (2010). **Dor neonatal: Medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem.** Fortaleza. *Revista RENE*. vol. 1, nº especial, pp. 169-177

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; TAETS, Gunnar Glauco de Cunto (2011). **“Musicoterapia” ou Música em enfermagem?.** Rio de Janeiro. IV encontro de Pesquisa do Núcleo de Pesquisa José Maria Neves. Conservatório Brasileiro de Música. Centro Universitário. Agosto.

BARROS, Luísa (2010). **A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica.** *Temas em Psicologia*. Lisboa, vol. 18, nº 2, pp. 295-306. ISSN 1413-389X

BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria – Compreender para Mudar.** Lisboa: Lidel ISBN 978-972-757-593-0

BENNER, Patrícia (2001). **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora. *Enfermagem*, nº 3 ISBN 972-8535-97-X

BITTENCOURT, Walkiria; *et al.* (2010). **O efeito da música clássica no alívio da dor de criança com câncer.** *UNICiências*. vol. 14, nº 1, pp. 95-111

BOTTEGA, Fernanda Hanke; *et al.* (2014). **Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva**. Rio de Janeiro. Rev. Fundam.Care. Online. Jul-Set. vol. 6, nº 3, pp. 909-917. ISSN 2175-5361

CORRÊA, Allana Reis; *et al.* (2015). As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. Brasil. Escola Anna Nery. Out-Dez vol. 19, nº 4, pp. 629-634 doi: 10.5935/1414-8145.20150084

CRAWFORD, Nigel W.; *et al.* (2011). **Syncope and seizures following human papillomavirus vaccination: a retrospective case series**. MJA. vol. 194. nº 1

DIOGO, Paula; *et al.* (2015). **Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos das crianças em contexto de urgência**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Junho, nº 3, pp. 43-51

FARIA, Helga (2012). **Interacção e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica**. Lisboa: Faculdade de Psicologia. Tese de mestrado.

FARIAS, Leiliane Martins; *et al.* (2011). **Cuidados de Enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa**. Fortaleza. Revista RENE. out-dez, vol. 12, nº 4: pp. 866-874

FELICIANO, João (2002). **A Vacinação e a sua História. In PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde**. Cadernos da Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. DGS. nº 2, pp. 1-12. ISSN 1645-4146.

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

GARCEZ, Ana Filipe; MONTEIRO, Sílvia (2010). **Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta**. Dor. nº 18, pp. 5-9 ISSN: 0872-4814

GEE, Julianne; *et al.* (2011). **Monitoring the safety of quadrivalente human papillomavirus vaccine: Findings from the Vaccine Safety Datalink**. Elsevier. Vaccine vol. 29, pp. 8279-8284

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

- GORODZINSKY, Ayala; *et al.* (2014). **Parent's Treatment of their Children's pain at Home: Pharmacological and Nonpharmacological Approaches.** Journal of Pediatric Health Care, march/april, vol. 28, nº 2, 136-147
- HATEM, Thamine; *et al.* (2006). **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Jornal de Pediatria. vol. 83. nº 3, pp.186-192 doi: 10.2223/JPED.1473
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2014). **Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente.** Loures. Lusociência. 9ª edição ISBN: 978-989-748-004-1
- KOLCABA, Katharine (2001). **Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research.** Nursing Outlook, march - april, vol. 49, nº 2, pp. 86-92 doi: 10.1067
- KOLCABA, Katharine (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, Katharine; DiMARCO, Marguerite A. (2005). **Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing.** Pediatric Nursing, may – june, vol. 31, nº 3, pp. 187-194
- LEÇA, Ana; *et al.* (2012). **Mitos sobre a Vacinação.** Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Boletim Vacinação. nº 4. Junho 2012
- LONGHI, Elena; *et al.* (2015). **Wellbeing and hospitalized children: Can music help?.** Sage. Psychology of music, nº43, vol. 2, pp.188-196. doi:10.1177/0305735613499781
- MATSUDA, Márcio Roni; *et al.* (2013). **Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. dez-fev. vol. 5, nº 1, pp. 59-63
- MILLER, Kate; *et al.* (2010). **Multi-modal distraction. Using technology to combat pain in young children with burn injuries.** Elsevier. Burns, vol. 36, pp. 6477-658. doi:10.1016/j.burns.2009.06.199
- MUSSI, Fernanda Carneiro (1996). **Conforto: Revisão de Literatura.** Revista Escola Enf. USP, agosto, vol. 30, nº 2, pp. 254-266
- NILSON, Stefan; *et al.* (2011). **Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings.** Journal of Advanced Nursing, vol. 67, nº 7, pp. 1449-1457. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x

NILSON, Stefan; RENNING, Ann-Christine (2012). **Pain management during wound dressing in children.** Nursing Standard. April, vol. 26, nº 32, pp. 50-55

NILSON, Stefan; *et al.* (2013). **Active na passive distraction in children undergoing wound dressings.** Journal of Pediatric Nursing, vol. 28, pp. 158-166

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005). **Código Deontológico do Enfermeiro: dos cometários à análise de casos.** Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 456 p. ISBN 972-99646-0-2

OLIVEIRA, Marilise Fátima de; *et al.* (2014). **Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três corações. agosto – dezembro, vol.12, nº 2 pp. 871-878

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 10 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 5 p.

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 nº 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.** Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº 6. ISBN 978-989-8444-23-3

PAPALIA, Diane E.; *et al.* (2001). **O Mundo da criança.** Lisboa. McGraw-Hill de Portugal, Lda. 8ª edição. 707pp. ISBN: 972-773-069-8

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2008). Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: **Programa Nacional de Controlo da Dor.** [Em linha] Lisboa. 18-06-2008

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde (2010). **Plano Local de Saúde – Identificação e priorização dos Recursos da Comunidade.** [disponível em: maio de 2015] <http://portal.arsnorte.min->

saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/PLS_Recurso Comunidade_DSP_ARSNorte_2011.pdf

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2012). **Programa Nacional de Vacinação 2012**. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2013). **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Direcção-Geral de Saúde. Lisboa: DGS

PRESBYTERO, Raphaela; *et al.* (2010). **Os Enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor**. Fortaleza. Revista RENE. Jan-Mar, vol.11, nº 1: pp. 125-132

SANTOS, Luciano de Souza; VASQUES, Adriana Machado (2015). **O aporte da música na dor oncológica**. Revista Digital. Buenos Aires. Abril. Ano 20, nº 203

SCHAFFLER, Arne (2004). **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem: manual para Enfermeiros e outros profissionais de Saúde**. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-78-9

SILVA, Marília Nunes; *et al.* (2012). **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP**. Contextos Clínicos. vol. 5, nº 2, julho – dezembro, pp. 88-99 doi: 10.4013/etc.2012.52.03

SOUSA, Patrícia Pontífice (2014). **O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 168 p. ISBN 978-972-54-0440-9

TEIXEIRA, José A. Carvalho (2004). **Comunicação em Saúde – Relação Técnicos de Saúde – Utentes**. Lisboa. Sielo Portugal. vol. 22 nº 3 pp. 615-620 ISSN: 0870-8231

TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004). **Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 5ª ed. ISBN: 972-8383-74-6

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015). **Guia de Estágio**. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. Regente de estágio – Margarida Lourenço

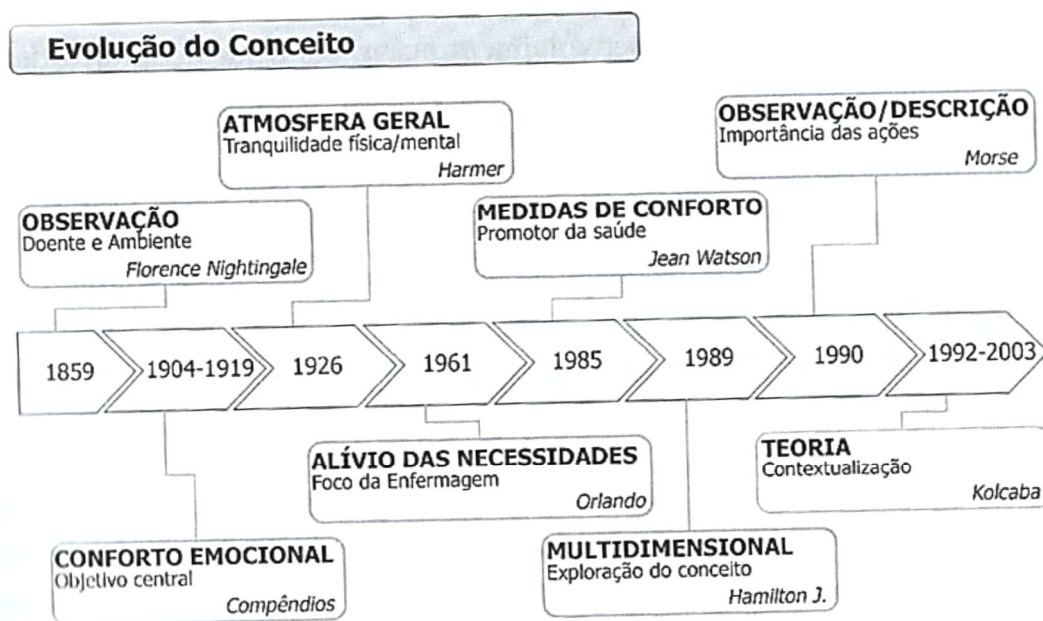
VERONEZ, Marly; CORRÊA, Darci Aparecida Martins (2010). **A dor e o recém-nascido: percepção dos profissionais de enfermagem**. Brasil. Cogitare Enferm. abr-jun, vol. 15 nº 2 pp. 263-270

WEN, Qian; et al. (2013). **Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study.** Journal of Clinical Nursing, vol. 22, pp. 958-968. doi: 10.1111/jocn.12052

ANEXOS

ANEXO I – EVOLUÇÃO CRONOLÓGICA DO CONCEITO DE CONFORTO

Evolução cronológica do conceito de conforto – (SOUSA, 2014: 39)



ANEXO II – ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO

Estrutura Taxonómica - Teoria de Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 2003)

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespitual			
Ambiental			
Sociocultural			

APÊNDICES

APÊNDICE I – FOLHETO “ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA”

Cheguei aos 12 meses...

Posso começar a comer os frutos vermelhos e frutos secos, em quantidade moderada.



Leite

Leite de crescimento, preferível até aos 24-36 meses ou leite de vaca meio-gordo ou gordo.

Atenção: Leite e derivados (queijo, iogurtes) não deverão ultrapassar os 500ml/dia.

Dieta familiar

Uma dieta saudável, variável e equilibrada para toda a família.

- Reduza o sal e as gorduras;
- Prefira azeite na confeção dos alimentos;
- Evite condimentos, prefira ervas aromáticas;
- Evite fritos e refogados;
- Prefira cozidos, grelhados, estufados e caldeiradas;
- Não ofereça açúcar, mel, refrigerantes ou guloseimas.



Água... quando posso beber?

Se mantiver aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses não é necessário oferecer água.



Dos 6-12 meses, posso beber pequenas quantidades de água ao longo do dia.

Então...Resumo...

Alimento/mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leite materno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sopa				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Papa				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Carne						x	x	x	x	x	x	x
Peixe						x	x	x	x	x	x	x
Fruta						x	x	x	x	x	x	x
Pão							x	x	x	x	x	x
Arroz e massa							x	x	x	x	x	x
Gema de ovo								x	x	x	x	x
Iogurte								x	x	x	x	x
Leguminosas									x	x	x	x
Clara de ovo										x	x	x
Leite de vaca											x	x
Dieta familiar												x

Bibliografia:
GLERBA, A. et al. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. Lisboa: Acta Pediatr. Portuguesa. Vol. 42. n.º 5. 517-540.
Fonte de imagens: WWW.google.pt

Folheto realizado por Sónia Carvalho (Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP) e Joana Pão (Estudante de Licenciatura em Enfermagem da ERISA).
Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira Patrícia Gil e Enfermeira Olga Valério e Prof. Doutora Margarida Loureiro.
Com a colaboração da Dra. Susana Castilho (Unidade de Pediatria)

Logotipo da instituição

Alimentação no primeiro ano de vida



Quando e como posso começar a comer?

Acabei de nascer...



Leite materno

Em exclusivo, o adequado é até aos 6 meses de vida, podendo manter-se até à introdução dos novos alimentos.



Leite adaptado

Se não for possível manter o aleitamento materno, este pode ser substituído por um leite adaptado aconselhado pela equipa de saúde.



Agora vamos iniciar a diversificação alimentar!

Tenho entre 4 e 6 meses...



Sopa

A minha primeira sopa deve ser feita com batata e cenoura. Colocar um fio de azeite no final da cozedura.

Os alimentos deverão ser cozidos e depois reduzidos a puré.

Devem ser introduzidos outros legumes, de 3 em 3 dias, como a abóbora, cebola, alho, alho francês, alface, courgete, brócolos, couve branca, 1 de cada vez.

Não adicionar sal!

Comer com uma sopa por dia, restante é leite. (por exemplo uma sopa ao almoço)

Atenção: beterraba, nabo, aipo, nabica e o espinafre, só de serem introduzidos após os 12 meses



Papa

A minha primeira papa deverá ser sem glúten. As papas podem ser:

Lácteas – devem ser preparadas com água

Não lácteas – devem ser preparadas com leite (o que o bebé está a utilizar)

Não adicionar açúcar!

Glúten – Nunca antes dos 4 meses e nem após os 7 meses

Já tenho 6 meses... Já posso comer...



Carne e Peixe

- Carnes de aves (frango, peru e avestruz) e coelho
- Peixes magros (pescada, linguado, solha e faneca)

Juntar a carne ou peixe, 10g cada, no puré de legumes e progressivamente aumentar até às 30g (1 colher sopa / dia)

Atenção: o salmão só após os 10 meses



Fruta

Posso começar pela maçã e pera (crua, cozida, assada ou em vapor, sem pele), banana triturada em consistência de papa. Depois também posso comer frutos tropicais como: papaya, manga. Dar sempre um de cada vez.

Não adicionar açúcar!

Dar como sobremesa e nunca como refeição completa.

Atenção: Atrasar a introdução do morango, amora, maracujá, kiwi até aos 12 meses.



E... aos 7 meses...

Já devo fazer 5 a 6 refeições por dia:

- Uma refeição de sopa com carne ou peixe (30g / dia) e fruta.
- Uma refeição com sopa e fruta.
- Uma refeição de papa. As restantes refeições são leite.

São recomendadas 4 refeições de carne e 3 refeições de peixe por semana.

Progressivamente a sopa poderá ser mais grossa.

Pão

Já posso comer pequenas quantidades de pão para treinar a mastigação.



E agora... 8 meses...

Nesta altura estou pronto para comer o 2º prato, após a sopa de legumes

2º Prato

Carne ou peixe com massa ou arroz, sem sal, bem cozidos e bem cortados.

Já tenho 9 meses... humm... Já posso iniciar



Gema de ovo

Começar com meia gema cozida por semana aumentando depois gradualmente até ao máximo de 2 gemas semanais. A gema substitui a carne ou peixe na sopa.

Atenção: Aclarar do ovo a partir dos 11 meses. Máximo de 2 ovo por semana.



Iogurte

Natural e sem açúcar. Pode adicionar pedaço de fruta fresca, ou bolacha maria triturada.

Pode ser uma alternativa para lanche

Atenção: Máximo de 150-200ml / dia

Leguminosas



Feijão, ervilha, fava, grão, lentilha.

Demolhar antes de cozer. Coze-los bem, e inicialmente dar sem casca.

APÊNDICE II – FOLHETO “VACINA DO TÉTANO”

Efeitos secundários

Dor	No local de administração 1-3 dias após a vacina
Edema	
Rubor	
Eritema	

Podem ocorrer ainda:

Febre, cefaleias, sudorese, arrepios, sensação de vertigem, astenia, hipotensão, mialgias e artralgias

VACINE-SE CONTRA O TÉTANO

Traga sempre o seu boletim de vacinas e mantenha-o atualizado!



Fonte da imagem: www.google.pt

Bibliografia:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. **Programa Nacional de Vacinação 2012**. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS

SCHAFFLER, Anne (2004). **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem—manual para Enfermeiros e outros profissionais de Saúde**. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-78-9

Vacinação mediante

marcação prévia

Número direto: 21XXXXXXX

Horário de vacinação:

2ª, 4ª e 6ª: 8h30—14h

3ª e 5ª: 13h—17h30



Folheto realizado por Sónia Carvalho (Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira Patrícia Gil e Prof. Doutora Margarida Lourenço

Logotipo da Instituição

Serviço de Vacinação

VACINA DO TÉTANO

Lisboa 2015



Fonte da imagem: www.google.pt

Tétano

“Doença grave, frequentemente fatal, acompanhada por espasmos musculares provocadas pela toxina do *Clostridium tetani* [...]”

(SCHAFFLER, 2004: 467)

A bactéria encontra-se no solo e a transmissão pode ocorrer através de uma lesão traumática conspurcada. (SCHAFFLER, 2004)

As infeções por tétano podem ocorrer por lesões mínimas como picadas, feridas, drogas injetáveis ou procedimentos cirúrgicos sem condições de higiene adequadas.

Vacinação

A vacinação antitetânica é a medida mais eficaz contra o tétano.

De acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV) o esquema vacinal contra o tétano é

aos:	
2 meses	4 meses
6 meses	12 meses
5-6 anos	10-13 anos

Depois de 10 em 10 anos



Fonte da imagem: www.google.pt

Vacinação do tétano em atraso

Em adultos, o PNV recomenda que, quando se desconhece o estado vacinal da vacina antitetânica deve ser realizada uma primovacinação, de 3 doses, sendo que terá intervalo dos 0, 1 mês e 6/12 meses.



Fonte da imagem: www.google.pt

Em mulheres em idade fértil que não tenham **NENHUMA** vacina do tétano devem realizar uma primovacinação (3 doses) e efetuar mais 2 reforços (com intervalo de 1 ano).

Assim, todas as mulheres em idade fértil terão que ter pelo menos **5 vacinas do tétano**.



Prevenção de

Tétano Neonatal e do Puerpério.

APÊNDICE III – CARTAZ INFORMATIVO



KEEP CALM que FUI VACINADO

Depois de fazer uma vacina ou injeção, deverá ficar na sala espera pelo menos **30 min**, pois poderá ter alguma reação e os enfermeiros estão por perto para o ajudar!



Fonte de Imagens: www.google.pt

Venha com TEMPO!



Trabalho Realizado por Sónia Carvalho

(Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira
Patrícia Gil e Prof. Doutora Margarida Lourenço

APÊNDICE IV – FOLHETO “PAPÁS, VAMOS PREPARAR OS FILHOTES PARA AS VACINAS?”



O que fazer durante a vacinação?

0-18 meses

- Amamentar
- Acaalinhhar
- Tocar
- Dar colo
- Dar a chucha
- Dar o seu boneco favorito
- Cantar
- Dar brinquedos com sons e coloridos (roca)
- Usar frases simples



5-6 anos

- Cantar
- Contar
- Dizer o abecedário
- Construir um lego
- Respirar fundo



10-13 anos

- Deixe que a criança exprima os seus sentimentos;
- Crie um ambiente de confiança
- Converse com a criança de um assunto do seu interesse
- Escolha sobre a presença dos pais;



O que fazer depois da vacinação?

Conforte o seu filho e converse sobre as atitudes positivas que ele fez.

Fontes imagens: www.google.pt

Bibliografia:

- BARROS, Luis (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. Temas em Psicologia, Lisboa, Vol. 18, nº 2, 295-306 ISSN 1413-389X.
- Faria, Freix (2012). Interação e perfil de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Nova de Lisboa, 2012.
- ENFERMEIROS DA CRANÇA 2.ª EDIÇÃO, David Wong - Licenciatura em Enfermagem do Adolescente, 3ª edição, Louses, PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Vacinação 2012, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa: DGS

Unidade de cuidados de Saúde Personalizados

Morada da instituição

Vacinação mediante marcação prévia

Número direto: 21XXXXXXX

Horário de vacinação:

2ª, 4ª e 6ª: 8h30—14h
3ª e 5ª: 13h—17h30



Folheto realizado por Sónia Carvalho
(Estudante de Mestrado em Enfermagem de STP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira
Patrícia Gil e Prof. Doutora Margarida Lourenço

Logotipo da Instituição

Papás, vamos preparar os filhotes para as vacinas?





Fonte imagem: www.google.pt

*Papás vocês têm um papel muito importante na preparação das crianças para a vacinação, sendo uma **preciosa ajuda!***

“Ajude o seu filho a lidar com a dor... a brincar”

“As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento.”

(DGS, 2012:5)

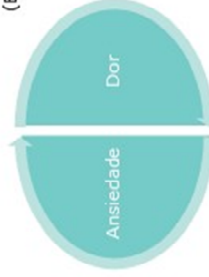
A vacinação é muito importante.

É um procedimento breve, mas doloroso e muitas vezes é vivida pelas crianças com grande ansiedade.

(FARIA, 2012)

O “medo e ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor”.

(Barros, 2010: 297)



Assim, “um adulto calmo e seguro ajuda a criança a organizar-se e confiar”. (Barros, 2010: 301)

Atenção: Crianças que não são avisadas apresentam níveis mais elevados de ansiedade perante o procedimento.

Como e quando dizer às crianças?

0-18 meses

Dizer que vai fazer uma vacina para se proteger.

5-6 anos

Diga que vai fazer um medicamento para o proteger. Não se centre na dor mas sim na importância de ser vacinado.

Vais ganhar defesas contra algumas doenças muito más, para não ficares muito doente.

Diga no próprio dia, antes de ir para o centro de saúde, para não criar grande ansiedade nos dias antes e para que a criança não sofra por antecipação.

10-13 anos

Explicar à criança no dia antes que vai fazer uma vacina, para que ela se prepare.

Explicar-lhe a importância da vacinação, como o método preventivo de doenças graves.

Não diga...

- Vais levar uma “pica”;
- Se te portas mal... levas outra;
- Não vai doer nada;
- Se te portas mal, deixo-te aqui sozinho;
- Só és forte se não chorares;
- Não me envergonhes!



Sincero, tolerante, calmo e honesto

Venha com tempo, pois é necessário!

“Pais tensos e ansiosos [...] que gritam, [...] ou ameaçam a criança, contribuem para aumentar a ansiedade da criança.” (Barros, 2010: 301)

APÊNDICE V – CARTAZ INFORMATIVO “PAPÁS PREPAREM-NOS PARA AS VACINAS!”

Logotipo da
Instituição

**Papás preparem-nos
para as vacinas!**



Sejam:

Sinceros, tolerantes, calmos e honestos

Não diga...

- Vais levar uma “pica”;
- Se te portas mal... levas outra;
- Não vai doer nada;
- Se te portas mal, deixo-te aqui sozinho;
- Só és forte se não chorares;
- Não me envergonhes!

Bibliografia:

BARROS, Luísa (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. Temas em Psicologia. Lisboa. Vol. 18, nº2, 295-306 ISSN 1413-389X.
Fonte de imagens: <http://www.canstockphoto.com.br>

APÊNDICE VI – RÉGUAS COM ESCALAS DE DOR

(DSG, 2003) e Fonte de imagens: www.goolge.pt

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



0 - Ausência de Dor e 10 – Dor máxima.



Realizado por Sónia Carvalho, estudante de mestrado de SIP da UCP

sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira Patricia Gil e Prof. Doutora Margarida Lourenço

Escala de Faces Wong-Baker (escala de 0-5) - > 6anos de idade



0 - Não tem dor
1 - Tem apenas um pouco de dor
2 - Tem um pouco mais de dor
3 - Tem ainda mais dor
4 - Tem muita dor
5 - Tem dor máxima

(DSG, 2003) e Fonte de imagens: www.goolge.pt

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

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caretas ou sobranceiras 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
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 VII – DIAPOSITIVOS AÇÃO DE FORMAÇÃO “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
NO ALÍVIO DA DOR NA VACINAÇÃO”

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação

Curso de Mestrado de Enfermagem De Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Enfermagem Saúde Infantil
2º Semestre (2014-2015) - Turma 7

REALIZADO POR SÓNIA CARVALHO
SOB ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRA
ESPECIALISTA CLÁUDIA MARTINS,
ENFERMEIRA PATRÍCIA GIL E PROFESSORA
DOUTORA MARGARIDA LOURENÇO

Objetivo Geral

- Sensibilizar a importância da avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança durante a vacinação.

Objetivos Específicos

- Definir a dor;
- Definir a dor na criança;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança;
- Descrever, sucintamente, os estádios de desenvolvimento cognitivo de Piaget da criança;
- Enumerar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança exequíveis na vacinação, em diferentes grupos etários (0-18M; 5-6A, 10-13A).

Dor – o que é?

"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: s.p.).



"Um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo" (DGS, 2008: 5)



5º Sinal Vital

Dor – Fatores que influenciam

- Experiência pessoal
- Idade
- Género
- Passado sociocultural,
- Ambiente

(WATT-WATSON in PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003)

Classificação da dor – quanto à duração

- **Dor Aguda** - é breve tendo uma causa conhecida ou processo patológico;
- **Dor Crónica** - é "persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem" (DGS, 2008: 7)

Tipos de dor

- Dor superficial
- Dor somática
- Dor visceral
- Dor reflexa
- Dor psicogénica
- Dor neuropática

(WATT-WATSON in PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003)

Dor na criança

A dor pode ser sentida em todas as faixas etárias, logo poderá surgir na população infantil



A dor pode "ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento [...] (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17)

O grau de desenvolvimento cognitivo pode modificar a percepção e o relato da dor (OKADA et al., 2001), daí ser necessário adaptar toda a avaliação e intervenção ao estado de desenvolvimento da criança.

Escalas de avaliação da dor na criança

- Recém Nascidos
 - EDIN (Échelle 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)
- < de 4 Anos
 - [FLACC \(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability\)](#)
- 4-6 anos
 - [FPS-R \(Faces Pain Scale – Revised\)](#)
 - Escala de Faces de Wong-Baker
- >6 anos
 - EVA (Escala Visual Analógica)
 - EN (Escala Numérica)
 - FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)
 - [Escala de Faces de Wong-Baker](#)

(DGS, 2010)

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caras ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapes ou estocadas
ATIVIDADES	Deitado calmamente, posição normal, move-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

Escala de 0-10:
0 – Ausência de Dor
10 – Dor máxima.

(DGS, 2010)

FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)



Escala de 0-10:
0 – Ausência de Dor
10 – Dor máxima.

(DGS, 2010)
Fonte da imagem: www.google.pt

Escala de faces de Wong Baker



Escala 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

(DGS, 2010)
Fonte da imagem: www.google.pt

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor

"São um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente"
(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 36)



Aplicação numa dor ligeira a moderada.

Podem ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as estratégias farmacológicas

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor - Escolha

De acordo com:

- Recursos existentes
- Sensibilidade da criança à dor
- Preferências da criança
- Habilidades
- Estado de desenvolvimento
- Estratégias de coping
- Tipo de dor
- Contexto

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor – Classificação

- Intervenções cognitivas
- Intervenções comportamentais
- Intervenções cognitivo-comportamentais
- Físicas ou periféricas
- Suporte emocional
- Ambientais

Intervenções cognitivas

"Utilizam métodos mentais para lidar com a dor" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17)

- Distração
- Reforço positivo
- Imaginação guiada
- Simulação ou modelação

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Intervenções comportamentais

"Envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17)

- Distração comportamental
- Relaxamento muscular
 - Tipos de relaxamento :
 - Exercícios de respiração diafragmática
 - Exercícios de relaxamento muscular progressivo
 - Exercícios de relaxamento ativo

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Intervenções cognitivo-comportamentais

"Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18)

Físicas ou periféricas

"Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18)

- Aplicação de calor
- Aplicação de frio
- Massagem
- Posicionamentos

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Suporte emocional

"Implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18)

Ambientais

"Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18)

- Redução de incidência da luz
- Redução do ruído
- Salas acolhedoras
- Manutenção da temperatura ambiente

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Outras Estratégias

- Amamentação
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Método canguru/contato físico com os pais
- Brinquedo terapêutico
- Música terapêutica
- Humor

Vacinação

É um procedimento breve, mas doloroso e muitas vezes é vivida pelas crianças com grande ansiedade (FARIA, 2012)

Sendo inevitável este procedimento, poderá utilizar-se estratégias para diminuir o desconforto da criança durante a vacinação.

Estadio Sensorio-motor (0 Meses – 2 Anos) Piaget

- Inteligência Prática – baseada em sensações e nos movimentos
 - Antes dos 8M – é como se o mundo não fosse constituído por objetos – sucessão de imagens
 - A partir dos 8M – adquire a noção de permanência do objeto
- A criança vai, progressivamente sendo capaz de agir intencionalmente, de forma mais coordenada.
- A dor é compreendida pela criança como uma qualidade aversiva.

0-18M - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação

- Amamentação
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Contenção manual
- Contato físico
- Distração
- Música terapêutica
- Reforço positivo

Estadio pré-operatório (2 Anos – 7 Anos) Piaget

- Função simbólica
- Egocentrismo
- Pensamento mágico
- Incapacidade de compreender causalidade e tempo
- A dor é resultado de uma infração de regras, sendo, então um castigo.

5-6 anos - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação

- Distração comportamental
- Simulação/modelação
- Brinquedo favorito
- Relaxamento muscular
- Aplicação de frio/massagem
- Música Terapêutica
- Reforço positivo

Estadio das Operações Concretas (7 Anos – 11/12 Anos) Piaget

- Pensamento lógico e coerente, capaz de classificar e ordenar fatos
- Pensamento conceitual
- Capacidade de lidar com a abstração
- Menos egocentrismo
- Já compreende a dor, embora tenha medo.

10-13 anos - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação

- Distração
- Imaginação guiada
- Relaxamento muscular
- Aplicação de frio e massagem local
- Música terapêutica

Conclusão

A dor é um sintoma subjetivo, ou seja, cada pessoa sente a dor à sua maneira. Esta é considerada como o quinto sinal vital, e uma vez que é um dos principais indicadores dos padrões de qualidade é extremamente importante a sua avaliação por parte dos profissionais de saúde.

Sabe-se que a dor pode ser sentida em qualquer idade pelo que deverá ser avaliada e utilizada estratégias de forma ao seu alívio de forma a aumentar o conforto e qualidade de vida da criança e família.

Bibliografia

- APEI, Associação Portuguesa para o Estado da dor. Acadido em Maio de 2015; <http://www.apedi.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>
- Faria, Helga (2012). *Interação e perfil de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Teor. de interaccão.
- OKADA, Masatos; et al (2001). *Dor em Pediatria*. Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1) p.135-156
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros, Caderno OE, Série I nº6, ISBN 978 989 8444 23 3
- PAPALIA, Diane E.; et al. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa, Mc. Gray Hill, ISBN: 972-772-069-8
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde – *Circular Normativa Nº11/USCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. [Em linha] Lisboa, 19-09-2008
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde – *Circular Normativa nº014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. [Em linha] Lisboa, 14/12/2010
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde – *Circular Normativa nº022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (Linex e Ibano)*. [Em linha] Lisboa, 18/12/2010
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde – *Circular Normativa nº024/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28dias)*. [Em linha] Lisboa, 18/12/2010

APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
NO ALÍVIO DA DOR NA VACINAÇÃO”

Logotipo da Instituição

Plano de Sessão de Formação



Tema: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na vacinação

Destinatários: Enfermeiros de uma UCSP da área de Lisboa

Formador: Sónia Carvalho

Orientação: Enfermeira Especialista Cláudia Martins e Enfermeira Patrícia Gil e Professora Doutora Margarida Lourenço

Objetivo geral:

- Sensibilizar a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança durante a vacinação.

Objetivos específicos:

- Definir a dor;
- Definir a dor na criança;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança;
- Descrever, sucintamente, os estádios de desenvolvimento cognitivo de Piaget da criança;
- Enumerar as estratégias não farmacológicas no alívio de dor na criança exequíveis na vacinação, em diferentes grupos etários (0-18M; 5-6A, 10-13A).

Data: 26 de Maio e 2 de Junho de 2015

Materiais e equipamentos a utilizar: Computador e projetor

APÊNDICE IX – FOLHETOS – “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NOS
GRUPOS ETÁRIOS (0-18 MESES; 5-6 ANOS; 10-13 ANOS)”

Música Terapêutica

É uma técnica que ajuda a diminuir o stress, tensão, induzindo o relaxamento. Leva a uma produção de endorfinas endógenas.

Utilizar músicas para bebês.

Reforço Positivo

Consiste em modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, tentando transformá-la num desafio.

Elogiar a criança e recompensá-la conforme o combinado antes do procedimento.

Estádio Sensorio-motor (0-2 anos)

- Inteligência Prática – baseada em sensações e nos movimentos
- A criança vai, progressivamente, sendo capaz de agir intencionalmente, de forma mais coordenada.
- O bebê vivencia o corpo como objeto de prazer e desconforto. Compreende a dor como uma qualidade aversiva

Bibliografia

- OKADA, Masahiko. *et al* (2001). Dor em Pediatria. Rev. Med. São Paulo, 56 (ed. esp.pt.), p.133-156
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE. Série I nº6, ISEN 978-989-8444-33-3
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde - Circular Normativa nº22/2011: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (até aos 18anos). [Em linha] Lisboa. 18/11/2010
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde - Circular Normativa nº24/2011: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 18dias). [Em linha] Lisboa. 18/11/2010
- Fonte de imagens: www.google.pt

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Morada da instituição

Vacinação mediante marcação prévia

Número direto: 21xxxxxxx

Horário de vacinação:

2ª, 4ª e 6ª: 8h30—14h
3ª e 5ª: 13h—17h30



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTUGAL

Folheto realizado por Sónia Carvalho
(Estrudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins,
Enfermeira Patrícia Gil e Professora Doutora
Margarida Lourenço

Logotipo da instituição

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor 0 - 18 meses



Amamentação

"A amamentação combina a sucção, o contato materno e o preenchimento gástrico" (DGS, 2012, 9).

A redução da dor deve-se à mediação do sistema opióide endógeno.

O bebê deve ser colocado à mama antes, durante e após o procedimento durante alguns minutos.

Sucção não nutritiva

A estimulação orotátil é muito importante sendo autorregulada pelo bebê. Ou seja, a chucha inibe a hiperatividade e modula o desconforto do bebê.

No entanto, o efeito de redução de dor só é eficaz com movimentos ritmados de sucção.

Assim, o efeito é reduzido se houver interrupção.

Oferecer a chucha, aos bebês que já a utilizem.

Sacarose

É eficaz no primeiro ano de vida.

A redução da dor deve-se à estimulação oro-gustativa, que está ligado à libertação de opióides endógenos.

A solução deve ser colocada na região anterior da língua, onde se encontram as papilas gustativas da sensação do doce.

Com a utilização de sacarose, nota-se a expressão facial de tranquilidade e a diminuição do tempo de choro do bebê.

Administrar solução oral com seringa ou colocar na chucha, 2 minutos antes do procedimento (até 2cc).



Contenção manual

Destina-se apenas a promover a autorregulação e a evitar desorganização motora.

A mãe/pai segura a cabeça, e braços, facilitando a aproximação da mão à boca (favorece a sucção e autoconsolo), mantendo o tronco alinhado e membros fletidos.

Distração

São técnicas que incluem métodos cognitivos, de forma a promover a realização de exercícios com o intuito de reduzir a ansiedade, medo e tensão.

Antes e durante o procedimento, deve desviar-se a atenção da criança do procedimento através de atividades adequadas à idade – cantar, contar, utilizar bolas de sabão, pequenos jogos, brinquedos macios, com cores vivas e sons.

Música Terapêutica

É uma técnica que ajuda a diminuir o stress, tensão, induzindo o relaxamento. Leva a uma produção de endorfinas endógenas.

Utilizar músicas próprias para crianças de 5-6 anos

Reforço positivo

Consiste em modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, tentando transformá-la num desafio.

Elogiar a criança e recompensá-la conforme o combinado antes do procedimento.

Estádio pré-operatório (2-7

Anos)

- Egocentrismo
- Pensamento mágico
- Incapacidade de compreender causalidade e tempo
- A dor é resultado de infração de regras, sendo um castigo.

Bibliografia

- OKADA, Masakoto et al (2001). Dor em Pediatria. Rev. Med. São Paulo, 56 (ed. esp.pt.), p.135-156
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança. Ordem dos Enfermeiros. Cádizmo OE. Série I nº6, ISEN. 978-989-8444-33-3
- PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde - Circular Normativa nº221/2011: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). [Em linha] Lisboa. 18/12/2010
- Fonte de imagens: www.google.pt

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Morada da Instituição

Vacinação mediante marcação prévia

Número direto: 21xxxxxxx

Horário de vacinação:

2ª, 4ª e 6ª: 8h30—14h
3ª e 5ª: 13h—17h30



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTO

Folheto realizado por Sónia Carvalho
(Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins,
Enfermeira Patrícia Gil e Professora Doutora
Margarida Lourenço

Logotipo da Instituição

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor 5 - 6 anos



Distração comportamental

São técnicas que incluem métodos comportamentais, de forma a promover a realização de exercícios com o intuito de reduzir a ansiedade, medo e tensão.

Antes e durante o procedimento, deve desviar-se a atenção da criança do procedimento através de atividades adequadas à idade – contar, dizer o abecedário, imaginação de um super-herói que tira a dor, construir um lego, cantar.

Aplicação frio/massagem

A aplicação de frio diminui a circulação sanguínea periférica e tem um ação anti-inflamatória. Atrás a transmissão de impulsos nervosos, diminuindo a dor.

A massagem, promove a estimulação cutânea, levando à distração e relaxamento.

Após o procedimento, poderá realizar massagem com gelo de forma a diminuir a dor no local de administração.

Relaxamento muscular

Diminui o metabolismo, o consumo de energia, de oxigênio, baixa a frequência cardíaca e tensão arterial.

Logo, prepara a criança para uma situação dolorosa e geradora de stress.

Há vários tipos de relaxamento, sendo os exercícios de respiração diafragmática ideal neste grupo etário.

Antes, durante e após o procedimento, realizar exercícios de respirar profundamente.



Simulação/modelação

Demonstração e/ou simulação do procedimento pela criança num boneco, visa informar a criança sobre o procedimento e sugerir determinados comportamentos, levando à redução da ansiedade e dor.

Antes do procedimento, demonstrar e permitir que a criança simule a realização do procedimento num brinquedo.

Brinquedo Terapêutico

Usar o brinquedo favorito da criança como brinquedo terapêutico, ou seja, para proceder à demonstração/simulação.

Trazer o brinquedo favorito da criança, ou o que ela pretender. Utilizá-lo antes do procedimento na demonstração e deixar que ela verbalize os seus medos e receios.

Aplicação frio/massagem

A aplicação de frio diminui a circulação sanguínea periférica e tem um ação anti-inflamatória. Atrás a transmissão de impulsos nervosos, diminuindo a dor.

A massagem, promove a estimulação cutânea, levando à distração e relaxamento.

Após o procedimento, poderá realizar massagem com gelo de forma a diminuir a dor no local de administração.

Estádios operacionais concretos (7-11/12 anos)

- Pensamento lógico e coerente, capaz de classificar e ordenar fatos
- Capacidade de lidar com a abstração

Bibliografia

- OKADA, Massakir. *et al* (2001). *Dor em Pediatria*. Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1), p.135-156
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE. Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde – Circular Normativa nº022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). [Em linha] Lisboa. 18/12/2010
- Fonte de imagens: www.google.pt

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Morada da Instituição

Vacinação mediante marcação prévia

Número direto 22xxxxxxx

Horário de vacinação:
2ª, 4ª e 6ª: 8h30—14h
3ª e 5ª: 13h—17h30



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTUGAL

Folheto realizado por Sónia Carvalho
(Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)

Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins,
Enfermeira Patrícia Gil e Professora Doutora
Margarida Lourenço

Logotipo da Instituição

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor 10-13 anos



Distração comportamental

São técnicas que incluem métodos comportamentais, de forma a promover a realização de exercícios com o intuito de reduzir a ansiedade, medo e tensão.

Antes e durante o procedimento, deve desviar-se a atenção da criança do procedimento através de atividades adequadas à idade – discussão acerca de filmes, escola, jogos, música, programas de televisão

Música Terapêutica

É uma técnica que ajuda a diminuir o stress, tensão, induzindo o relaxamento. Leva a uma produção de endorfinas endógenas.

Utilizar músicas adequadas à idade.

Imaginação guiada

Técnica que procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento, focando a atenção da criança em imagens ou ideias em particular, ou seja, promover a concentração da criança noutra situação agradável e não no procedimento.

Levar a criança a concentrar-se fortemente numa imagem mental do seu agrado



Relaxamento muscular

Diminui o metabolismo, o consumo de energia, de oxigénio, baixa a frequência cardíaca e tensão arterial.

Logo, prepara a criança para uma situação dolorosa e geradora de stress.

Há vários tipos de relaxamento, sendo os exercícios de respiração diafragmática ideal neste grupo etário.

Antes, durante e após o procedimento, realizar exercícios de respirar profundamente.

APÊNDICE X – CARTAZ INFORMATIVO “ALIVIAR A DOR NA VACINAÇÃO – ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS”

Logotipo da Instituição

Aliviar a dor na vacinação Estratégias não farmacológicas

Amamentação

O bebé deve ser colocado à mama antes, durante e após o procedimento durante alguns minutos.

Sucção não nutritiva

Oferecer a chucha, aos bebés que já a utilizem.

Sacarose

Administrar solução oral com seringa ou colocar na chucha, 2 minutos antes do procedimento (até 2cc).

Música Terapêutica

Utilizar músicas para bebés.

0-18 Meses



Distração

Antes e durante o procedimento, deve desviar-se a atenção da criança do procedimento, como por exemplo cantar, contar, utilizar bolas de sabão, pequenos jogos, brinquedos macios, com cores vivas e sons.

Contenção manual

A mãe/pai segura a cabeça, e braços, facilitando a aproximação da mão à boca (favorece a sucção e autoconsolo).

Distração comportamental

Utilizar estratégias como contar, dizer o abecedário, imaginação de um super-herói que tira a dor, construir um lego, cantar, para distrair a criança do procedimento.

Relaxamento muscular

Antes, durante e após o procedimento, realizar exercícios de respirar profundamente.

Música Terapêutica

Utilizar músicas próprias para crianças de 5-6 anos.

5-6 Anos



Brinquedo Terapêutico

Trazer o brinquedo favorito da criança, ou o que ela pretender, e antes do procedimento, realizar a demonstração e deixar que ela demonstre os seus medos e receios.

Simulação/modelação

Antes do procedimento, demonstrar e permitir que a criança simule a realização do procedimento num brinquedo.

Distração comportamental

Utilizar estratégias de distração antes e durante o procedimento – discussão acerca de filmes, escola, jogos, música, programas de televisão.

Música Terapêutica

Utilizar músicas adequadas à idade 10-13 anos.

10-13 Anos



Imaginação guiada

Levar a criança a concentrar-se fortemente numa imagem mental do seu agrado.

Relaxamento muscular

Antes, durante e após o procedimento, realizar exercícios de respirar profundamente.

Reforço Positivo

Elogiar a criança e recompensá-la conforme o combinado antes do procedimento.

Todas as idades



Aplicação frio/massagem

Após o procedimento, poderá realizar massagem com gelo de forma a diminuir a dor no local de administração.



Cartaz informativo realizado por Sónia Carvalho
(Estudante de Mestrado em Enfermagem de SIP da UCP)
Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins, Enfermeira
Patrícia Gil e Prof. Doutora Margarida Lourenço

Bibliografia

ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série 1 nº6. ISBN 978-989-8444-23-9
PORTUGAL, Direção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde – Circular Normativa nº022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). [Em linha] Lisboa, 18/12/2010
PORTUGAL, Direção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde – Circular Normativa nº024/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). [Em linha] Lisboa, 18/12/2010
Fonte de imagens: www.google.pt

APÊNDICE XI – MANUAL DA DOR NA CRIANÇA

Logotipo da
Instituição

Manual da Dor



Trabalho realizado por Sónia Carvalho (estudante de mestrado de Saúde Infantil e
Pediátrica)

Sob orientação: Enfermeira Especialista Cláudia Martins e Enfermeira Patrícia Gil

Lisboa, 2015



ÍNDICE

Introdução.....	
1. A Dor.....	
1.1. Definição e importância	
1.2. Fisiopatologia da dor.....	
1.3. A dor na criança.....	
1.3.1. A Dor na criança associada a procedimentos médicos – vacinação	
2. Escala de Avaliação de dor na criança.....	
3. Controlo da dor.....	
3.1. Estratégias não farmacológicas no alívio de dor na criança.....	
3.1.1. Intervenções comportamentais	
3.1.2. Intervenções Cognitivas	
3.1.3. Intervenções cognitivo-comportamentais	
3.1.4. Intervenções físicas ou periféricas.....	
3.1.5. Intervenções de suporte emocional.....	
3.1.6. Intervenções ambientais	
3.1.7. Outras estratégias.....	
4. Conclusão	
5. Bibliografia.....	
Anexos.....	
Anexo I – Programa Nacional de Controlo da Dor.....	
Anexo II – Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)	
Anexo III – Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).....	
Anexo IV – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças	



Anexo V – Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança	
Anexo VI – Diapositivos da Formação Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança.....	
Anexo VII – Folheto para enfermeiros – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em diferentes grupos etários.....	
Anexo VIII – Cartaz informativo – Alivar a dor – Estratégias Não Farmacológicas.....	
Anexo IX - Folheto para os Pais –“Preparação das crianças para a vacinação”	
Anexo X – Réguas de Escalas de Avaliação da dor na criança.....	
Anexo XI - Artigos Científicos.....	



INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio de cuidados de saúde primários, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica propus-me a elaborar um manual da dor para a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da área de Lisboa

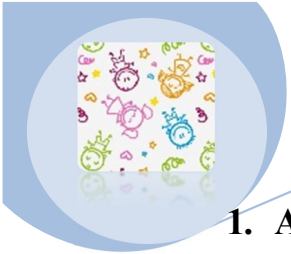
Defino como objetivo geral:

- Sensibilizar a importância da avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

Como objetivos específicos:

- Definir a dor;
- Definir a dor na criança;
- Enumerar as escalas de avaliação da dor;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança.

A metodologia de trabalho é uma pesquisa bibliográfica e a compilação de trabalhos realizados durante a realização de trabalho.



1. A DOR

1.1. DEFINIÇÃO E IMPORTÂNCIA

Ao longo dos tempos têm sido criadas várias teorias, numa tentativa de explicar o que é a dor. (WATT-WATSON, 2003).

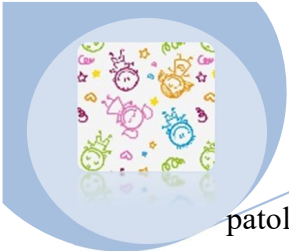
A dor já foi encarada, na teoria dos afetos, como uma emoção mas esta não incluía os aspetos fisiológicos. Quanto à teoria da especificidade baseava-se apenas em que existiam recetores específicos que projetavam os impulsos em vias dolorosas até ao cérebro, não tendo em conta os aspetos psicológicos da perceção da dor. A teoria dos padrões referia que a dor “resulta de efeitos, combinados, da intensidade do estímulo e da soma de impulsos” (WATT-WATSON, 2003, 366) mas como limitação não tinha em conta os aspetos psicológicos. Por fim, de acordo com WATT-WATSON (2003), Melzack e Wall basearam-se nestas teorias para criar a última, a teoria do portão (“gate control”). Esta foi muito importante para a compreensão das fases do processo de dor como a transdução, transmissão, modelação e perceção. (WATT-WATSON, 2003)

Assim, a dor, de acordo com a International Association for the Study of Pain, “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” (APED, 2015) Ou seja, a dor é um fenómeno complexo, sendo mais que uma sensação, isto é, envolve emoções e componentes associadas.

Desta forma, a dor é “um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo” (DGS, 2008, 5). É tão importante como os outros sinais vitais, uma vez que é considerado o 5º sinal vital, desde 2003.

No entanto, a dor é um fenómeno subjetivo, isto é, cada pessoa sente a dor à sua maneira. É uma experiência pessoal e é influenciada pelo significado que cada pessoa lhe atribua. Cada pessoa reage à dor de modo diferente. A idade, sexo, passado sociocultural, ambiente e experiências são fatores que influenciam o significado da dor. (WATT-WATSON, 2003)

A dor surge de causas múltiplas podendo ser classificada de acordo com o tempo de duração. A dor aguda, geralmente é breve tendo uma causa conhecida ou processo



patológico (WATT-WATSON, 2003). Relativamente à dor crônica é definida como “uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem” (DGS, 2008, 7)

Existem vários tipos de dor, entre os quais, dor somática, dor visceral, dor reflexa, dor psicogénica e dor neuropática.

De acordo com WATT-WATSON (2003, 371), “a dor pode ter origem na pele e no tecido subcutâneo (dor superficial), nos músculos e nos ossos (dor somática), ou nos órgãos (dor visceral)”. Estas dores são diferentes, sendo que a dor superficial, é aguda, como uma picada ou queimadura, de fácil localização. Quanto à dor somática pode ser aguda ou imprecisa, tipo pontada e de difícil localização. E relativamente à dor visceral, pode ser aguda ou imprecisa, tipo pontada, câibra, de difícil localização e com dor reflexa.

Relativamente à dor reflexa é uma dor que pode ser sentida em locais que não são estimuladas pela lesão ou doença. (WATT-WATSON, 2003)

No que diz respeito à dor psicogénica é uma dor para a qual não se encontra uma situação patológica, sendo mais psicológica do que física. E por fim, a dor neuropática, é a que tem origem na lesão do sistema nervoso. (WATT-WATSON, 2003)

1.2. FISIOPATOLOGIA DA DOR

De acordo com LEMOS e AMBIEL (2010, 372), “os receptores sensíveis à estimulação dolorosa são os nociceptores, que respondem a diversos estímulos físicos como o calor, o frio e a pressão, além de substâncias químicas, tanto endógenas como exógenas”.

A sensação dolorosa é conduzida pelas fibras tipo C e tipo A - delta. No que se refere às fibras tipo C são finas, amielínicas, e responsáveis pela transmissão da dor lenta, como estímulos térmicos, mecânicos ou químicos. No que diz respeito às fibras tipo A - delta, são mais grossas, mielinizadas e transmitem a dor rápida, como estímulos mecânicos intensos ou térmicos agudos. (LEMOS e AMBIEL, 2010)

A transmissão do estímulo, nociceptivo, para o Sistema Nervoso Central (SNC), ocorre quando os “sinais dolorosos penetram pelas raízes dorsais da medula espinhal, essas



fibras de dor fazem sinapses com neurónios do corno dorsal da medula espinhal” (LEMOS e AMBIEL, 2010, 373). Depois a informação é transmitida ao encéfalo pela via neoespinotalamica ou pela via paleoespinotalamica. Estas vias terminam no córtex sensorial e límbico, respetivamente após sinapses no tálamo.

A via neoespinotalamica é responsável pela transmissão de dor rápida, sendo a dor bem localizada e não ultrapassa a duração do estímulo que o provoca. Quanto à via paleoespinotalamica é responsável pela condução da dor lenta, pois tem conexões importantes na substância ativadora reticular ascendente e matéria cinzenta, enviando estímulos difusos para o hipotálamo, tálamo, córtex e estruturas do sistema límbico, daí a dor ser difusa, logo pouco localizada e a duração é superior ao estímulo que a provocou. (LEMOS e AMBIEL, 2010).

De acordo com LEMOS e AMBIEL (2010, 373), “existe uma via neural descendente que interfere no limiar de dor, definida como sistema supressor da dor e do sistema analgésico endógeno”. Esta via permite a modelação da dor através de estruturas suprasegmentares corticais e límbicas, que libertam neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e endorfinas) no tronco cerebral.

Esta via, analgésica endógena, pode ser ativada em situações que envolvam emoções que possam desencadear a libertação de opióides endógenos na medula espinal, inibindo assim, o terminal do axónio nociceptor do corno posterior da medula espinal, modelando a dor. (LEMOS e AMBIEL, 2010)

Existe ainda, outro sistema de modelação da dor, teoria da comporta da dor, ou seja, “informações de natureza não nociceptivas (tato, pressão e vibração) que trafegam por fibras A – beta estimulam os interneurónios no corno posterior da medula espinal” (LEMOS e AMBIEL, 2010, 373), inibindo assim os neurónios de segunda ordem.



1.3. A DOR NA CRIANÇA

A dor pode ser sentida em todas as faixas etárias, logo poderá aparecer na população infantil. Assim, a dor pode “ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17).

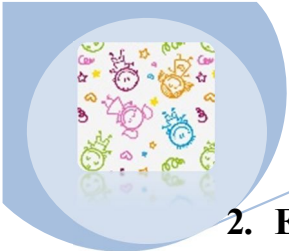
Segundo BATALHA (2010, 3) “o conceito de dor deve incluir todos aqueles que, mesmo com incapacidade em verbalizarem, possam beneficiar de uma avaliação objectiva da sua dor”.

Sabe-se que o grau de desenvolvimento cognitivo pode modificar a percepção e o relato da dor (OKADA et al, 2001), daí ser necessário adaptar toda a avaliação e intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança.

1.3.1. A Dor na criança associada a procedimentos médicos – vacinação

De acordo com BARROS (2010), a dor aguda associada a procedimentos médicos invasivos, é breve pois termina quando o procedimento acaba. BARROS (2010, 296) refere ainda que a dor associada a procedimentos invasivos, desde o mais simples, como a vacinação “está intimamente associada a ansiedade antecipatória”, a qual não se consegue controlar com analgésico.

Sabe-se que o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, sendo um ciclo, ou seja, quanto maior a ansiedade maior a dor, pois a ansiedade potencializa a dor. Assim, é necessário utilizar uma abordagem comportamental durante a realização de procedimentos médicos.



2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR NA CRIANÇA

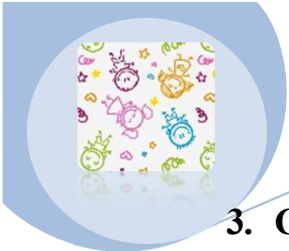
A avaliação da intensidade de dor “consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança.” (DGS, 2010, 2)

A avaliação da dor deverá ser realizada de uma forma sistemática e regular. Esta deverá ter em conta o estadio de desenvolvimento da criança. (Anexo X)

As escalas de avaliação podem ser de autoavaliação ou de heteroavaliação.

Quanto à autoavaliação, é fundamental o uso de escalas de avaliação adequadas à idade. (BATALHA, 2010), para que a criança compreenda e possa classificar a sua dor.

Relativamente à heteroavaliação, as escalas comportamentais ou compostas, são o melhor relato da dor, quando as crianças não falam ou não são capazes de realizarem uma autoavaliação. (BATALHA, 2010)



3. CONTROLO DA DOR

3.1. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DE DOR NA CRIANÇA

De acordo com um dos princípios orientadores do Plano Nacional de Controlo da Dor (2008, 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. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

A utilização de estratégias não farmacológicas pode levar a uma mudança no significado da dor, através da “reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17), mudando assim as “cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17).

“As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 36). A sua seleção e utilização terão de ser de acordo com os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estadio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

As intervenções não farmacológicas podem ser classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. E a sua utilização será extremamente importante numa dor ligeira a moderada, podendo ser utilizadas várias estratégias ao mesmo tempo.



3.1.1. Intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais “envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17). As técnicas utilizadas são a distração comportamental e relaxamento muscular.

A distração comportamental visa promover a realização de exercícios de forma a reduzir a ansiedade e medo da criança. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Relativamente ao relaxamento muscular, diminui o metabolismo, ou seja, diminui o consumo de energia, de oxigénio, diminui a frequência cardíaca e tensão arterial, preparando a criança para a situação dolorosa, controlando a ansiedade associada ao procedimento. Há três tipos de relaxamento, os exercícios de respiração diafragmática, exercícios de relaxamento muscular progressivo e exercícios de relaxamento ativo. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

3.1.2. Intervenções Cognitivas

As intervenções cognitivas “utilizam métodos mentais para lidar com a dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17), tais como distração, reforço positivo, imaginação guiada, simulação ou modelação.

Relativamente à distração é uma técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, ou seja, incluem métodos cognitivos e comportamentais com o intuito de promover a redução da ansiedade, medo e tensão. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Quanto ao reforço positivo é uma técnica que promove o elogio da criança ou a recompensá-la após o procedimento, ou seja, consiste em modificar o significado da dor, tentando transformá-la num desafio. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

No que respeita à imaginação guiada, é uma técnica que procura atingir uma sensação de bem-estar e relaxamento, focando a atenção da crianças em imagens ou ideias em particular, isto é, promover a concentração da criança numa situação agradável e não no procedimento. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)



Por fim, a simulação ou modelação, é a demonstração ou simulação do procedimento pela criança num boneco, com a finalidade de informar a criança sobre o procedimento e sugerir determinados comportamentos, reduzindo a ansiedade e stress. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

3.1.3. Intervenções cognitivo-comportamentais

As intervenções cognitivo-comportamentais, “utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 18).

3.1.4. Intervenções físicas ou periféricas

As intervenções físicas ou periféricas “permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 18). As técnicas utilizadas são a aplicação de calor, aplicação de frio, massagem e posicionamentos.

A aplicação de calor promove a circulação sanguínea, levando ao efeito analgésico pois há uma ativação do sistema supressor da dor e relaxamento muscular. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Quanto à aplicação de frio, é o contrário, diminui a circulação sanguínea e apresenta uma ação anti-inflamatória promovendo assim a redução da dor. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Relativamente à massagem, há uma estimulação cutânea com o intuito de aliviar a dor através de relaxamento e distração, pois ativa os mecanismos inibitórios da dor. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Por fim, os posicionamentos proporcionam conforto sendo muito importantes no alívio da dor. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)



3.1.5. Intervenções de suporte emocional

As intervenções de suporte emocional “implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 18).

3.1.6. Intervenções ambientais

As intervenções ambientais visam a “melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 18). As estratégias são redução do ruído e da luminosidade, manutenção da temperatura e salas acolhedoras com brinquedos.

3.1.7. Outras estratégias

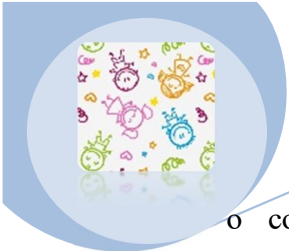
Existem ainda outras estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor como a amamentação, sucção não nutritiva, sacarose, método canguru/contato físico com os pais, brinquedo terapêutico, musicoterapia e humor.

Relativamente à amamentação “combina a sucção, o contato materno e o preenchimento gástrico” (DGS, 2012, 9), levando a uma redução das respostas da dor mediada pelo sistema opióide endógeno.

Quanto à sucção não nutritiva, inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido, embora a analgesia promovida pela chucha só ocorra durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor quando da sua interrupção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

O uso de sacarose leva à redução da dor devido à estimulação oro-gustativa, que está ligado à libertação de opióides endógenos. (DGS, 2012) A solução deve ser colocada na região anterior da língua, onde se encontram as papilas gustativas da sensação do doce.

Quanto ao método canguru é de extrema importância pois “reduz significativamente a duração do choro do bebé, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 38) e

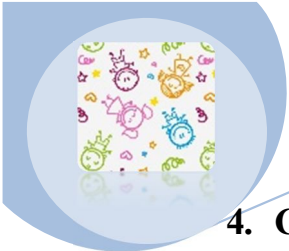


o contacto físico dos pais com o recém-nascido “parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 38).

Relativamente ao brinquedo terapêutico é usar o brinquedo favorito da criança como brinquedo terapêutico, ou seja, para proceder à demonstração/simulação do procedimento de forma a reduzir a ansiedade da criança.

No que respeita à musicoterapia, é uma técnica que permite a diminuição do stresse, induzindo o relaxamento pois ativa a libertação de endorfinas endógenas, possibilitando a fuga para um “universo sem dor, ao abrigo da imaginação” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 42).

Por fim o humor “proporciona alívio da tensão e das preocupações e a sua utilização na prestação dos cuidados tem por finalidade tornar as relações mais próximas e de maior confiança” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 43), tentando criar um clima harmonioso e de leveza, estimulando expressões como sorriso e riso que estão associados ao prazer e bem-estar.



4. CONCLUSÃO

A dor em qualquer grupo etário leva a um sofrimento evitável, podendo levar a uma quebra na qualidade de vida da pessoa.

De acordo com um dos princípios orientadores, dever do controlo da dor, do Plano Nacional de Controlo da Dor (2008, 8), “todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos, ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução de morbilidade e humanização de cuidados”.

Uma vez que “o alívio da dor e do desconforto é um objectivo da enfermagem primordial” (WATT-WATSON, 2003, 363), é fundamental que o controlo da dor seja uma prioridade.

As estratégias não farmacológicas são intervenções autónomas, uma vez que a prescrição e implementação podem ser realizadas pelos enfermeiros, não necessitando de outro profissional de saúde para o fazer. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013)

Assim, para finalizar, o uso de estratégias não farmacológicas é um recurso útil no controlo e alívio da dor na criança, de forma a promover o conforto e estabilidade, reduzindo a ansiedade e o medo da criança.



5. BIBLIOGRAFIA

APED, Associação Portuguesa para o Estudo da dor. Acedido em Março de 2015:
<http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>

BARROS, Luísa (2010) – **A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica.** Temas em Psicologia. Lisboa. ISSN 1413-389X. Vol. 18, nº2, p. 295-306

BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria – Compreender para mudar.** Lisboa: Lidle. ISBN 978-972-757-593-0

LEMOS, Simone; AMBIEL, Célia (2010). **Dor em Pediatria: Fisiopatologia, avaliação e tratamento.** Revista Saúde e Pesquisa. Brasil ISBN 1983-1870 Vol.3, nº 3, p.371-378.

OKADA, Massako; et al (2001). **Dor em Pediatria.** Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1). p.135-156

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança.** Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor.** [Em linha] Lisboa. 18-06-2008

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa nº014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.** [Em linha] Lisboa. 14/12/2010

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa nº022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).** [Em linha] Lisboa. 18/12/2010

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa nº024/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias).** [Em linha] Lisboa. 18/12/2010



WATT-WATSON, Judith. **Dor e Controlo da dor.** in PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7



ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA DOR

ANEXO II – ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O CONTROLO DA DOR NOS RECÉM-NASCIDOS (0 A 28 DIAS)

ANEXO III – ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS CRIANÇAS (1 MÊS A 18 ANOS)

ANEXO IV – ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR NAS CRIANÇAS

ANEXO V – GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

ANEXO VI – DIAPOSITIVOS DA FORMAÇÃO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

ANEXO VII – FOLHETO PARA ENFERMEIROS – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR EM DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

ANEXO VIII – CARTAZ INFORMATIVO – ALIVAR A DOR – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

ANEXO IX - FOLHETO PARA OS PAIS –“PREPARAÇÃO DAS CRIANÇAS PARA A VACINAÇÃO”

ANEXO X – RÉGUAS DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

ANEXO XI - ARTIGOS CIENTÍFICOS

APÊNDICE XII – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

- Avaliação da sessão e do formador pelos formandos
- Avaliação da sessão pelo formador

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: _____

Nome do formador: _____

Local: _____ **Data:** _____

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 global da formação	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – Globalmente a formação agradou-lhe?				
2 – As suas expectativas foram atingidas?				
3 – Os objetivos da sessão foram atingidos				
4 – Para a sua atividade profissional a formação foi útil?				
5 - A teoria foi relacionada com a prática?				
6 - A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico?				
7 - Foram abordados todos os pontos que considera importantes?				
8. A documentação distribuída possui qualidade?				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida?				
10. A duração da formação foi adequada?				
11. O horário da formação foi adequado?				

Avaliação do formador	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.				
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
16. Interação com o grupo.				
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				
18. Gestão do tempo.				
19. Pontualidade.				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

Avaliação da Sessão de Formação pelo formador

Tema: _____

Nome do formador: _____

Local: _____ **Data:** _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião.

Avaliação global da formação em relação ao grupo de formandos	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – O grupo de formandos foi homogéneo?				
2 – A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?				
3 - Os resultados de aprendizagem atingiram as expectativas?				
4 - Os métodos utilizados pelo formador foram os mais indicados?				
5 - O formador conseguiu criar empatia com os formandos?				

Avaliação da duração da sessão	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6 - Considera que a duração da sessão de formação foi a adequada?				
7 - A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?				
8 - Houve cumprimento do horário pelos formandos?				
9 - Houve cumprimento do horário pelo formador?				

Avaliação em relação à organização	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
10 - Considera as instalações apropriadas?				
11 - O material pedagógico e o equipamento de suporte foram os indicados?				
12 - O apoio administrativo foi o adequado?				
13 - A disposição da sala era a mais adequada?				

Avaliação global da sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1 - As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?				
2 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, esta sessão?				
3 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, o grupo de formandos?				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Questão		Respostas												Média	Média
Avaliação Global da Formação		Dia 26-05-2015					Média	Dia 02-06-2015					Média		
1	Globalmente a formação agradou-lhe?	4	4	4	4	4	4,0	3	3	4	3	3	3,2	3,6	Concordo totalmente
2	As suas expectativas foram atingidas?	4	4	4	4	4	4,0	3	4	4	3	3	3,4	3,7	Concordo totalmente
3	Os objetivos da sessão foram atingidos?	4	4	4	4	4	4,0	3	4	4	3	4	3,6	3,8	Concordo totalmente
4	Para a sua atividade profissional a formação foi útil?	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	4	4	3,6	3,8	Concordo totalmente
5	A teoria foi relacionada com a prática?	4	3	4	4	4	3,8	3	3	4	3	4	3,4	3,6	Concordo totalmente
6	A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico?	4	4	4	4	4	4,0	2	3	4	3	3	3,0	3,5	Concordo totalmente
7	Foram abordados todos os pontos que considera importantes?	4	4	4	3	4	3,8	2	3	4	3	3	3,0	3,4	Concordo
8	A documentação distribuída possui qualidade?	4	4	4	4	4	4,0	3	3	4	3	4	3,4	3,7	Concordo totalmente
9	Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida?	4	4	4	4	4	4,0	3	3	4	3	4	3,4	3,7	Concordo totalmente
10	A duração da formação foi adequada?	4	4	4	4	4	4,0	2	3	4	3	4	3,2	3,6	Concordo totalmente
11	O horário da formação foi adequado?	4	4	4	3	4	3,8	3	3	4	3	4	3,4	3,6	Concordo totalmente
Avaliação do Formador															
12	Domínio dos conteúdos apresentados	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	4	4	3,6	3,8	Muito Bom
13	Facilidade de transmissão de conhecimentos	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	4	4	3,6	3,8	Muito Bom
14	Clareza na transmissão dos conhecimentos	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	3	4	3,4	3,7	Muito Bom
15	Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	4	4	4	4	4	4,0	2	3	4	4	3	3,2	3,6	Muito Bom
16	Interação com o grupo	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	4	4	3,6	3,8	Muito Bom
17	Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	4	4	4	4	4	4,0	2	4	4	4	4	3,6	3,8	Muito Bom
18	Gestão do tempo	4	4	4	4	4	4,0	3	4	4	4	4	3,8	3,9	Muito Bom
19	Pontualidade	4	4	4	3	4	3,8	3	4	4	4	4	3,8	3,8	Muito Bom

Questão		Respostas				Média	Média
Avaliação Global da Formação pelo formador		26/05/2015	Média	02/06/2015	Média		
1	O grupo de formandos foi homogéneo?	4	4,0	2	2,0	3,0	Concordo
2	A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?	4	4,0	3	3,0	3,5	Concordo totalmente
3	Os resultados de aprendizagem atingiram as expetativas?	4	4,0	3	3,0	3,5	Concordo totalmente
4	Os métodos utilizados pelo formador foram os mais indicados?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
5	O formador conseguiu criar empatia com os formandos?	4	4,0	3	3,0	3,5	Concordo totalmente
6	Considera que a duração da sessão foi a adequada?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
7	A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?	3	3,0	4	4,0	3,5	Concordo totalmente
8	Houve cumprimento do horário pelos formandos?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
9	Houve cumprimento do horário pelo formador?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
10	Considera as instalações apropriadas?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
11	O material pedagógico e o equipamento de suporte foram os indicados?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
12	O apoio administrativo foi o adequado?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
13	A disposição da sala era a mais adequada?	4	4,0	4	4,0	4,0	Concordo totalmente
Avaliação global da sessão							
1	As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?	4	4,0	3	3,0	3,5	Muito Bom
2	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia esta sessão?	4	4,0	3	3,0	3,5	Muito Bom
3	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia o grupo de formandos?	4	4,0	3	3,0	3,5	Muito Bom

APÊNDICE XIV – PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DA VACINA GARDASIL®

Logotipo da Instituição	Protocolo de administração da vacina Gardasil®
-------------------------	---

Elaboração	 Sónia Carvalho (estudante de mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica) Sob orientação da Enfermeira Cláudia Martins e Enfermeira Patrícia Gil e Professora Doutora Margarida Lourenço	26/05/2015
Aprovação		

1. Introdução

“O Vírus do Papiloma Humano (HPV) é um vírus que se transmite com muita facilidade por contacto sexual” (SILVA, 2012). É uma infeção que afeta ambos os sexos em indivíduos sexualmente ativos. Não é indicador de comportamentos de risco, uma vez que qualquer pessoa poderá ser infetado com o vírus HPV.

Existem vários tipos de vírus HPV, e dos conhecidos, cerca de 40 infetam a área anogenital. Estes poderão ser transmitidos durante o sexo vaginal, oral ou anal, com o contato pele com pele. Assim, há um enorme número de doenças que podem afetar tanto homens como mulheres, sendo o HPV o responsável, por aparecimento de condilomas genitais, lesões pré-cancerosas e cancerosas do ânus, cavidade oral, orofaringe, colo do útero, vagina, vulva e pénis.

Os tipos 6 e 11 do HPV são de baixo risco, que podem provocar lesões benignas, como os condilomas e verrugas genitais (SILVA, 2012).

Relativamente aos tipos de HPV de alto risco, como, 16, 18, 31, 45, 33, 26, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68, as quais podem provocar alterações celulares e daí evoluir para lesões pré-cancerosas e posteriormente para cancro (SILVA, 2012).

Os tipos de HPV 16 e 18 são responsáveis por cerca de 70% dos casos de cancro de colo do útero e os tipos de HPS 6 e 11 por cerca de 90% dos casos de verrugas vaginais.

A prevenção do cancro do colo do útero faz-se através da vacinação e do rastreio citológico, através da colpocitologia.

As vacinas disponíveis contra o HPV, a Cervarix® e a Gardasil®. Relativamente à Cervarix® é uma vacina bivalente, que protege contra os tipos de HPV 16 e 18, tipos de alto risco. Quanto à Gardasil®, é uma vacina quadrivalente, que protege contra os tipos de HPV 16 e 18, e ainda contra os tipos 6 e 11, tipos de HPV de baixo risco (MACARTNEY, 2013).

Em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), a vacina Gardasil® é gratuita para as meninas de 10 anos, sendo que deverão realizar duas doses, com seis meses de intervalo.

Vários efeitos secundários da Gardasil® são dor, eritema, tumefação, cefaleias, febre, náuseas e síncope.

Sabe-se que todas as vacinas poderão apresentar efeitos secundários mas de acordo com a Sra. Enfermeira Chefe e Enfermeiras da UCSP da área de Lisboa várias adolescentes apresentaram síncope após a administração desta vacina.

Após uma pesquisa bibliográfica, verifico que já existem estudos acerca deste tema.

A síncope é um episódio de palidez e falta de resposta, sensação de tontura e bradicardia, podendo ocorrer queda (CRAWFORD *et al.*, 2011). Assim, pode ocorrer um episódio sincopal por estimulação do nervo vago, tendo como resposta bradicardia e hipotensão transitória.

Os estímulos dolorosos, como a vacinação, são descritos como situações que podem despoletar um episódio de síncope (CRAWFORD *et al.*, 2011).

De acordo com os estudos realizados, os relatos efetuados são de dor durante a vacinação, podendo ser assim, uma das justificações para as síncope, como fenómeno pós procedimento, como reação vaso-vagal. Assim, as síncope, poderão não estar relacionadas

com a vacina, mas sim com a vacinação de adolescentes, sendo então um resposta ao estímulo doloroso inesperado.

Os estudos verificaram que na vacinação de adolescentes um efeito adverso comum é a síncope, em comparação com outros grupos etários, assim, verificaram que não há um aumento do risco de síncope com a administração da Gardasil®, em comparação com o risco de síncope após a administração de outras vacinas a adolescentes (GEE *et al.*, 2011).

2. Avaliação da dor

a. Quanto avaliar a dor

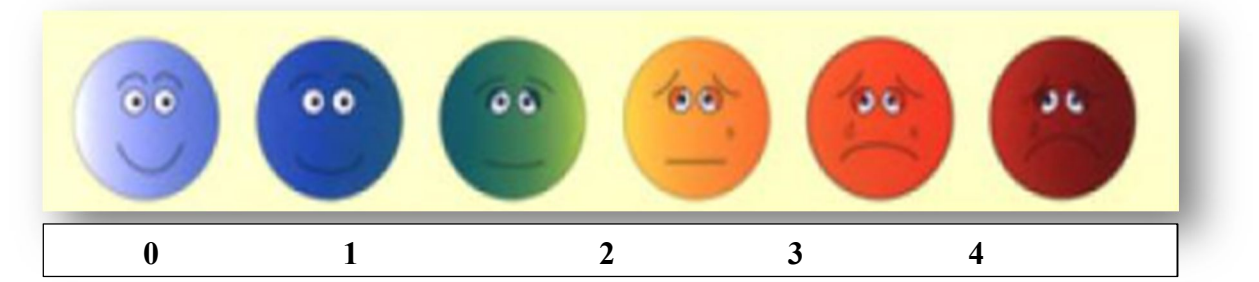
Antes e após a vacinação.

b. Escala de avaliação da dor - Escala de Wong Baker

Escala que pode ser utilizada em crianças com mais de 6 anos de idade.

É constituída por seis faces com mimicas diferente pontuadas da esquerda para a direita: 0, 1, 2, 3, 4 e 5. Sendo que a primeira, 0, corresponde à ausência de dor e a última, 5, corresponde à dor máxima.

Deve ser pedido à adolescente que escolha a face que descreve como ela se sente.



3. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Crianças 10 anos)

a. Distração

A distração comportamental visa promover a realização de exercícios de forma a reduzir a ansiedade e medo da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

b. Imaginação guiada

A imaginação guiada é uma técnica que procura atingir uma sensação de bem-estar e relaxamento, focando a atenção da crianças em imagens ou ideias em particular, isto é, promover a concentração da criança numa situação agradável e não no procedimento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

c. Relaxamento muscular

O relaxamento muscular diminui o metabolismo, ou seja, diminui o consumo de energia, de oxigênio, diminui a frequência cardíaca e tensão arterial, preparando a criança para a situação dolorosa, controlando a ansiedade associada ao procedimento. Há três tipos de relaxamento, os exercícios de respiração diafragmática, exercícios de relaxamento muscular progressivo e exercícios de relaxamento ativo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

d. Aplicação de frio e massagem local

A aplicação de frio diminui a circulação sanguínea e apresenta uma ação anti-inflamatória promovendo assim a redução da dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

A massagem promove uma estimulação cutânea com o intuito de aliviar a dor através de relaxamento e distração, pois ativa os mecanismos inibitórios da dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

e. Música Terapêutica

No que respeita à música terapêutica, é uma técnica que permite a diminuição do stresse, induzindo o relaxamento pois ativa a libertação de endorfinas endógenas, possibilitando a fuga para um “universo sem dor, ao abrigo da imaginação” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 42).

4. Efeitos secundários da vacinação

Muito frequentes: dor, edema, tumefação rubor no local de inserção e cefaleias

Frequentes: equimose, prurido e dor nas extremidades, febre e náuseas

Raramente: erupções cutâneas com prurido

Muito raramente: broncospasmos

Foram ainda comunicadas reações alérgicas como dificuldade respiratória, pieira, mal-estar geral, tonturas, vômitos, artralguas, mialguas, astenia, hemorragias e confusão.

5. Administração da vacina

- a. Acolher a criança e pais;
- b. Explicar o procedimento de forma a reduzir a ansiedade;
- c. Deitar a criança;
- d. Realizar a avaliação da dor antes do procedimento;
- e. Preparar a vacina;
- f. Realizar a vacinação, utilizando estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- g. Manter a criança deitada após a vacinação durante alguns minutos;
- h. Realizar a avaliação da dor;
- i. Realizar o levante da criança;
- j. Manter a criança sobre vigilância após a vacinação durante 30 minutos;
- k. Realizar ensinios sobre efeitos secundários e cuidados a ter após a vacinação;
- l. Proceder aos registos SAPE e SINUS.
- m. Comunicar efeitos secundários ao INFARMED através de:

INFARMED, I.P.

Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa,
Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa

Telef. +351 21 7957140 ou Fax. +351 21 7987397

6. Bibliografia

CRAWFORD, Nigel W.; *et al.* (2011). **Syncope and seizures following human papillomavirus vaccination: a retrospective case series**. MJA. Vol. 194. Nº 1.

GEE, Julianne; *et al* (2011). **Monitoring the safety of quadrivalente human papillomavirus vaccine: Findings from the Vaccine Safety Datalink**. (2011). Elsevier. Vaccine 29: 8279-8284

MACARTNEY, Kristine K; CHIU, Claytin; GEOGOUSAKIS, Melina; BROTHERTON, Julia M. L. (2013). **Safety of Human Papillomavirus Vaccines: A Review**. Drug Saf. Vol. 36: 393-412. DOI 10.1007/s40264-013-0039-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança**. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa nº014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. [Em linha] Lisboa. 14/12/2010

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa nº022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18anos)**. [Em linha] Lisboa. 18/12/2010

SILVA, Daniel Pereira (2012) <http://www.vacinas.com.pt/doencas-evitaveis-por-vacinacao/cancro-do-colo-do-utero-e-outras-doencas-associadas-ao-hpv>. Disponível a 22-05-2015

SANOFI PASTOUR MSD (2014). **Folheto informativo: informação para o utilizador**. Revisto a 10/2014

APÊNDICE XV – IMAGENS – “CAIXINHA DA MÚSICA QUE TIRA A DOR”

“Caixinha da música que tira a dor”



APÊNDICE XVI – MANUAL DE UTILIZAÇÃO DA “CAIXINHA DA MÚSICA QUE TIRA A DOR”

Manual de utilização da “Caixinha de música que tira a dor”



Trabalho realizado por Sónia Carvalho (Estudante de Mestrado de Saúde Infantil e
Pediátrica)

Sob orientação: Enfermeira Especialista Rita Proença e Professora Doutora Margarida
Lourenço

Lisboa, 2015



ÍNDICE

Índice.....	
Introdução	
1. A Dor.....	
1.1. Definição e importância.....	
1.2. Fisiopatologia da dor	
1.3. A dor no pós-operatório	
1.4. A dor na criança.....	
2. Estratégias Não Farmacológicas no alívio da dor.....	
3. Musicoterapia/Música terapêutica.....	
4. “Caixinha da Música que tira a dor”	
4.1. Como utilizar	
4.2. Composição da caixinha da música que tira a dor	
5. Conclusão	
6. Bibliografia.....	
Anexos.....	
Anexo I – Esquema de reações da dor em cada faixa etária	
Anexo II – Grelha de Avaliação	
Anexo III - Seleção de músicas.....	





INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, propus-me à criação da “caixinha de música que tira a dor”, pelo que é essencial elaborar um manual da sua utilização para o Serviço de Cirurgia Pediátrica de um Hospital da área de Lisboa.

Defino como objetivo geral:

- Sensibilizar a utilização da “caixinha da música que tira a dor”.

Como objetivos específicos:

- Definir a dor;
- Definir a dor na criança;
- Definir a música como estratégia não farmacológica no alívio da dor;
- Enumerar a composição da “caixinha da música que tira a dor”;
- Descrever o modo de utilização da “caixinha da música que tira a dor”.

A metodologia de trabalho é uma pesquisa bibliográfica.





1.A DOR

1.1.DEFINIÇÃO E IMPORTÂNCIA

Ao longo dos tempos têm sido criadas várias teorias, numa tentativa de explicar o que é a dor (WATT-WATSON, 2003).

A dor já foi encarada, na teoria dos afetos, como uma emoção mas esta não incluía os aspetos fisiológicos. Quanto à teoria da especificidade baseava-se apenas em que existiam recetores específicos que projetavam os impulsos em vias dolorosas até ao cérebro, não tendo em conta os aspetos psicológicos da perceção da dor. A teoria dos padrões referia que a dor “resulta de efeitos, combinados, da intensidade do estímulo e da soma de impulsos” (WATT-WATSON, 2003: 366) mas como limitação não tinha em conta os aspetos psicológicos. Por fim, de acordo com WATT-WATSON (2003), Melzack e Wall basearam-se nestas teorias para criar a última, a teoria do portão (“gate control”). Esta foi muito importante para a compreensão das fases do processo de dor como a transdução, transmissão, modelação e perceção (WATT-WATSON, 2003).

Assim, a dor, de acordo com a International Association for the Study of Pain, “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (APED, 2015: s.p.). Ou seja, a dor é um fenómeno complexo, sendo mais que uma sensação, isto é, envolve emoções e componentes associadas.

Desta forma, a dor é “um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo” (DGS, 2008: 5). É tão importante como os outros sinais vitais, uma vez que é considerado o 5º sinal vital, desde 2003.

No entanto, a dor é um fenómeno subjetivo, isto é, cada pessoa sente a dor à sua maneira. É uma experiência pessoal e é influenciada pelo significado que cada pessoa lhe atribua. Cada pessoa reage à dor de modo diferente. A idade, sexo, passado sociocultural, ambiente e experiências são fatores que influenciam o significado da dor (WATT-WATSON, 2003).

A dor surge de causas múltiplas podendo ser classificada de acordo com o tempo de duração. A dor aguda, geralmente é breve tendo uma causa conhecida ou processo





patológico (WATT-WATSON, 2003). Relativamente à dor crónica é definida como “uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem” (DGS, 2008, 7).

Existem vários tipos de dor, entre os quais, dor somática, dor visceral, dor reflexa, dor psicogénica e dor neuropática.

De acordo com WATT-WATSON (2003: 371), “a dor pode ter origem na pele e no tecido subcutâneo (dor superficial), nos músculos e nos ossos (dor somática), ou nos órgãos (dor visceral)”. Estas dores são diferentes, sendo que a dor superficial, é aguda, como uma picada ou queimadura, de fácil localização. Quanto à dor somática pode ser aguda ou imprecisa, tipo pontada e de difícil localização. E relativamente à dor visceral, pode ser aguda ou imprecisa, tipo pontada, câibra, de difícil localização e com dor reflexa.

Relativamente à dor reflexa é uma dor que pode ser sentida em locais que não são estimuladas pela lesão ou doença (WATT-WATSON, 2003).

No que diz respeito à dor psicogénica é uma dor para a qual não se encontra uma situação patológica, sendo mais psicológica do que física. E por fim, a dor neuropática, é a que tem origem na lesão do sistema nervoso (WATT-WATSON, 2003).

1.2.FISIOPATOLOGIA DA DOR

De acordo com LEMOS & AMBIEL (2010: 372), “os receptores sensíveis à estimulação dolorosa são os nociceptores, que respondem a diversos estímulos físicos como o calor, o frio e a pressão, além de substâncias químicas, tanto endógenas como exógenas”.

A sensação dolorosa é conduzida pelas fibras tipo C e tipo A - delta. No que se refere às fibras tipo C são finas, amielínicas, e responsáveis pela transmissão da dor lenta, como estímulos térmicos, mecânicos ou químicos. No que diz respeito às fibras tipo A - delta, são mais grossas, mielinizadas e transmitem a dor rápida, como estímulos mecânicos intensos ou térmicos agudos (LEMOS & AMBIEL, 2010).

A transmissão do estímulo, nociceptivo, para o Sistema Nervoso Central (SNC), ocorre quando os “sinais dolorosos penetram pelas raízes dorsais da medula espinhal, essas fibras de dor fazem sinapses com neurónios do corno dorsal da medula espinhal”





(LEMOS & AMBIE, 2010: 373). De seguida, a informação é transmitida ao encéfalo pela via neoespinotalamica ou pela via paleoespinotalamica. Estas vias terminam no córtex sensorial e límbico, respetivamente após sinapses no tálamo.

A via neoespinotalamica é responsável pela transmissão de dor rápida, sendo a dor bem localizada e não ultrapassa a duração do estímulo que o provoca. Quanto à via paleoespinotalamica é responsável pela condução da dor lenta, pois tem conexões importantes na substância ativadora reticular ascendente e matéria cinzenta, enviando estímulos difusos para o hipotálamo, tálamo, córtex e estruturas do sistema límbico, daí a dor ser difusa, logo pouco localizada e a duração é superior ao estímulo que a provocou. (LEMOS & AMBIEL, 2010).

De acordo com LEMOS & AMBIEL (2010: 373), “existe uma via neural descendente que interfere no limiar de dor, definida como sistema supressor da dor e do sistema analgésico endógeno”. Esta via permite a modelação da dor através de estruturas suprasegmentares corticais e límbicas, que libertam neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e endorfinas) no tronco cerebral.

Esta via, analgésica endógena, pode ser ativada em situações que envolvam emoções que possam desencadear a libertação de opióides endógenos na medula espinal, inibindo assim, o terminal do axónio nociceptor do corno posterior da medula espinal, modelando a dor (LEMOS & AMBIEL, 2010).

Existe ainda, outro sistema de modelação da dor, teoria da comporta da dor, ou seja, “informações de natureza não nociceptivas (tato, pressão e vibração) que trafegam por fibras A – beta estimulam os interneurónios no corno posterior da medula espinal” (LEMOS & AMBIEL, 2010: 373), inibindo assim os neurónios de segunda ordem.

1.3.A DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

A dor no pós-operatório, segundo VAZ & VAZ (2005: 3), “é uma complexa reação fisiológica às agressões geradas pela lesão tecidual, pela tração visceral, ou, então, pela própria doença”.





A dor no pós-operatório é o sintoma mais comum nas doenças cirúrgicas e o que mais incomoda o utente (BASSANEZI & FILHO, 2006).

A dor pode levar à imunossupressão, diminuição da perfusão tecidual, aumento do consumo de oxigénio e aumento da frequência cardíaca, espasmo muscular, libertação de hormonas de stresse, aumentando, então, o catabolismo. Como consequência da dor, o utente poderá manter-se mais imóvel, de forma a não sentir dor, o que aumenta a probabilidade de ocorrer pneumonia e trombose venosa (BASSANEZI & FILHO, 2006).

É de notar que a intensidade de dor, no pós-operatório, depende do local da cirurgia, “seguindo a ordem decrescente: cirurgia torácica, abdominal superior, abdominal inferior, ortopédica e as cirurgias periféricas” (BASSANEZI & FILHO, 2006).

Desta forma, o tratamento da dor pós-operatória é fundamental pois promove a recuperação e consequentemente melhora a qualidade de vida.

1.4. A DOR NA CRIANÇA

A dor pode ser sentida em todas as faixas etárias, logo poderá aparecer na população infantil. Assim, a dor pode “ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento [...]” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17).

Segundo BATALHA (2010: 3) “o conceito de dor deve incluir todos aqueles que, mesmo com incapacidade em verbalizarem, possam beneficiar de uma avaliação objectiva da sua dor”.

Sabe-se que o grau de desenvolvimento cognitivo pode modificar a percepção e o relato da dor (OKADA *et al.*, 2001), daí ser necessário adaptar toda a avaliação e intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança.

Assim, é necessário conhecer e estar alerta de todas as reações possíveis da criança à dor. (Anexo I)





2. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

De acordo com um dos princípios orientadores do Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008: 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 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

A utilização de estratégias não farmacológicas pode levar a uma mudança no significado da dor, através da “reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17), mudando assim as “cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17).

“As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 36). A sua seleção e utilização (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013) terão de ser de acordo com os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estadio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto.

As intervenções não farmacológicas podem ser classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. E a sua utilização será extremamente importante numa dor ligeira a moderada, podendo ser utilizadas várias estratégias ao mesmo tempo.

No que diz respeito às intervenções comportamentais “envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17). As técnicas utilizadas são a distração comportamental e relaxamento muscular.

As intervenções cognitivas “utilizam métodos mentais para lidar com a dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17), tais como distração, reforço positivo, imaginação guiada, simulação ou modelação.





As intervenções cognitivo-comportamentais, “utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

As intervenções físicas ou periféricas “permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18). As técnicas utilizadas são a aplicação de calor, aplicação de frio, massagem e posicionamentos.

As intervenções de suporte emocional “implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

As intervenções ambientais visam a “melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

Existem ainda outras estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor como a amamentação, sucção não nutritiva, sacarose, método canguru/contato físico com os pais, brinquedo terapêutico, música terapêutica e humor.





3.MUSICOTERAPIA/MÚSICA TERAPÊUTICA

Primeiramente é importante clarificar a diferença entre musicoterapia e música terapêutica.

Para HATEM *et al.* (2006: 186), musicoterapia “é o processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas [...]”. Assim, a musicoterapia é a área da ciência que estuda o ser humano, as manifestações sonoras e a “interação entre o ser humano, a música e seus elementos sonoros (timbre, altura, intensidade e duração) (SILVA *et al.*, 2012: 89). A musicoterapia visa a utilização música pelo musicoterapeuta, num processo estruturado, com a finalidade de promover a qualidade de vida da pessoa (SILVA *et al.*, 2012).

A música terapêutica, ou seja, que tem efeito terapêutico, é utilizada como um recurso complementar do cuidado humano (HATEM *et al.*, 2006), “atingindo a saúde e o comportamento” (HATEM *et al.*, 2006: 186).

Segundo LEINIG citado por GARCEZ & MONTEIRO (2010: 5) “ a música foi, primeiramente, a linguagem mágica do homem primitivo, na sua evocação às divindades. Em seguida tornou-se ciência, como a matemática e astronomia [...]”, logo a música representa uma forma de linguagem universal, estando presente em qualquer época ou cultura (SANTOS & VASQUES, 2015).

A utilização da música para “fins medicinais remonta a tempos ancestrais” (GARCEZ & MONTEIRO, 2010: 6), isto é, desde a antiguidade que a música “é associada à cura por diversas sociedades e culturas “ (SANTOS & VASQUES, 2015, s.p). Com o passar do tempo, a sua utilização foi sofrendo alterações e foi objeto estudos.

De acordo com GARCEZ & MONTEIRO (2010: 7), esta refere que “a literatura comprova os efeitos da música nos diversos níveis de funcionamento humano”, ou seja, o uso de música terapêutica tem inúmeros benefícios. A música suscita reações fisiológicas, com impacto no ritmo cardíaco, pressão arterial, temperatura da pele e respostas musculares. No que se refere ao nível psicológico, pode influenciar o estado de espírito, humor, respostas afetivas. Desta forma, segundo GARCEZ & MONTEIRO





(2010), a música tem-se mostrado eficaz na redução da dor, ansiedade, isolamento social e depressão.

O sistema auditivo é constituído pelo nervo auditivo, cérebro, tálamo e córtex cerebral auditivo. O som é captado pelo ouvido externo, e é conduzido pelo canal auditivo até ao tímpano. De seguida, esta membrana transmite vibrações aos ossículos do ouvido médio, martelo, bigorna e estribo e por sua vez, é criada uma energia mecânica. Posteriormente, o estribo empurra a cóclea, que pertence ao ouvido interno, e cria uma pressão sobre o fluido da cóclea. Aqui são criados estímulos elétricos, pelas células ciliadas. A cóclea é responsável, em grande parte, pela nossa capacidade em diferenciar e interpretar sons. Ela separa os sons complexos em frequências elementares. Depois o nervo auditivo faz sinapses com os neurónios do núcleo coclear de maneira que o potencial de ação chegue ao cérebro, nomeadamente ao tálamo auditivo e por fim o córtex cerebral auditivo. (NOBRE *et al.*, 2012)

É no córtex cerebral auditivo que se realiza a análise da música, ou seja, em que se retira a informação mais específica, nomeadamente das suas características, como afinação, timbre, intensidade. Segundo NOBRE *et al.* (2012: 630)

“as funções musicais são complexas, múltiplas e de localização assimétricas, envolvendo o hemisfério direito para altura, timbre e discriminação melódica e hemisfério esquerdo para ritmos identificação semântica de melodias, senso de familiaridade, processamento temporal e sequencial dos sons”.

BITTENCOURT *et al.* (2010: 106) refere que a redução da dor é explicada pelo “fato de haver uma ação da música na função autónoma que causa uma estimulação da pituitária”, lado direito do cérebro, o que resulta na libertação de endorfina, o que provoca a diminuição da dor e consequentemente aumento do conforto.





4. “CAIXINHA DA MÚSICA QUE TIRA A DOR”

O uso da “Caixinha da música que tira a dor” é uma estratégia para utilizar, antes, durante e após procedimentos dolorosos e em crianças internadas no serviço de Cirurgia Pediátrica que apresentem dor.

Com esta estratégia, pretende-se que a criança se concentre na música e não na dor ou procedimento, promovendo o conforto da criança e dos pais.

4.1. COMO UTILIZAR

- ✓ Esclarecimento da criança e pais sobre o procedimento;
- ✓ Solicitar à criança (do pré-escolar aos adolescentes) para escolherem a música que pretendem, dentro das escolhas existentes, adequadas à idade. No caso dos bebés, pedir aos pais para escolherem;
- ✓ Esclarecimento de dúvidas;
- ✓ Colocar a música antes, durante e após o procedimento;
- ✓ Avaliação da dor da criança, utilizando escalas adequadas,
- ✓ Avaliação da reação da criança através de grelha (anexo II).

4.2. COMPOSIÇÃO DA CAIXINHA DA MÚSICA QUE TIRA A DOR

1. Tablet e carregador (dos pais)
2. Músicas (*youtube seleção*)
3. Lista de músicas apropriadas aos escalões etários

ou

- ✓ Rádio
- ✓ Cd's
 - Música para recém-nascidos/lactentes
 - Música para toddler e pré-escolar
 - Música para escolares
 - Música para adolescentes
- ✓ Lista com músicas apropriadas aos escalões etários





5.CONCLUSÃO

A dor é um dos sintomas muito comum nas crianças no pós-operatório. Sabe-se que a dor, em qualquer grupo etário, leva a um sofrimento evitável, podendo levar a uma quebra na qualidade de vida da pessoa.

De acordo com um dos princípios orientadores, dever do controlo da dor, do Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008: 8), “todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos, ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução de morbilidade e humanização de cuidados”.

Uma vez que “o alívio da dor e do desconforto é um objectivo da enfermagem primordial” (WATT-WATSON, 2003: 363), é fundamental que o controlo da dor seja uma prioridade.

As estratégias não farmacológicas são intervenções autónomas, uma vez que a prescrição e implementação podem ser realizadas pelos enfermeiros, não necessitando de outro profissional de saúde para o fazer (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013). Assim, poderão ser utilizadas estratégias não farmacológicas, complementando as medidas farmacológicas implementadas.

No caso da música, esta “pode ser entendida como a arte de combinar os sons dentro do tempo e tem como características principais o ritmo, a melodia e a harmonia” (SILVA & PEDRO, 2013: 51) e pode ser provocar efeitos benéficos na pessoa como redução da dor, diminuir o desconforto e aumentar, desta forma, a qualidade de vida (NOBRE, 2012). Desta forma, foi criada a “Caixinha da música que tira a dor”, com o objetivo de promover o conforto das crianças internadas no serviço de Cirurgia Pediátrica que apresentem dor ou que sejam sujeitas a realização de procedimentos de dolorosos.

Assim, para finalizar, o uso de estratégias não farmacológicas é um recurso útil no controlo e alívio da dor na criança, de forma a promover o conforto e estabilidade, reduzindo a ansiedade e o medo da criança.





6.BIBLIOGRAFIA

- BASSANEZY, Betina Sílvia Beozzo; FILHO, Antonio Gonçalves de Oliveira (2006). **Analgesia pós operatória**. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia. Vol. 33. Nº2, março – abril, p.116 – 122. ISSN 0100-6991
- BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria – Compreender para mudar**. Lisboa: Lidle. ISBN 978-972-757-593-0
- BITTENCOURT, Walkiria; *et al.* (2010). **O efeito da música clássica no alívio da dor de criança com câncer**. UNICiências. Vol. 14, n. I, p.95-111
- GARCEZ, Ana Filipe; MONTEIRO, Sílvia (2010). **Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta**. Dor. Nº 18, pp.5-9 ISSN: 0872-4814
- HATEM, Thamine; *et al.* (2006). **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Jornal de Pediatria. Vol. 83. nº 3, p.186-192
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2014). **Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9ª edição. Loures. Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1
- LEMOES, Simone; AMBIEL, Célia (2010). **Dor em Pediatria: Fisiopatologia, avaliação e tratamento**. Revista Saúde e Pesquisa. Brasil ISBN 1983-1870 Vol.3, nº 3, p.371-378.
- OKADA, Massako; *et al* (2001). **Dor em Pediatria**. Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1), p.135-156
- NOBRE, Douglas Vizzy; *et al.* (2012) – **Respostas fisiológicas ao estímulo musical: Revisão de literatura**. Revista Neurocienc. nº 20, vol. 4, p.625-633.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança**. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha] Lisboa. 18-06-2008





SANTOS, Luciano de Souza; VASQUES, Adriana Machado (2015). **O aporte da música na dor oncológica**. Revista Digital. Buenos Aires. Ano 20, nº.203, abril.

SILVA, Marília Nunes; *et al.* (2012). **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP**. Contextos Clínicos. vol. 5, n. 2, julho – dezembro, p.88-99

SILVA, Denis Laros Silva da; PEDRO, Eva Neri Rubim (2013) – **Intervenções de enfermagem para o alívio da dor no pós-operatório imediato em pediatria: Uma revisão integrativa**. HCPA. nº 33: 50-54

WATT-WATSON, Judith. **Dor e Controlo da dor**. in PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7

VAZ, José Leonardo Machado; VAZ, Márcia Silveira Charneca (2005) - **Fisiopatologia da dor pós-operatória**. Colégio Brasileiro de Cirurgia. Vol. 1. Nº 2, Setembro – Outubro.



ANEXOS



ANEXO I – ESQUEMA DE REAÇÕES DA DOR EM CADA FAIXA ETÁRIA

Fonte: HOCKENBERRY & WILSON (2014: 189 e 198)

<u>Recém-nascido</u> • Alterações de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória) • Diminuição da saturação de oxigénio • Palidez ou rubor • Diaforese • Sudação palmar • Tónus muscular aumentado • Pupilas dilatadas • Choro, gemido • Expressão facial de dor (sobrancelhas franzidas, tremor do queixo, olhos fechados fortemente, boca aberta em forma de quadrado) • Movimentos corporais (retraimento dos membros, batimentos, rigidez, flacidez, punhos cerrados) • Recusa alimentar • Alteração do sono • Inquietação e irritabilidade • Apatia	<u>Lactente (primeiros meses)</u> • Resposta corporal generalizada com rigidez, possivelmente com afastamento local reflexo da área estimulada • Choro forte • Expressão facial de dor (sobrancelhas franzidas e juntas, olhos fechados com força, e a boca aberta em forma de quadrado)
<u>Lactente</u> • Resposta corporal localizada com afastamento deliberado da área estimulada • Choro forte • Expressão facial de dor ou raiva • Resistência física, especialmente empurrar o estímulo para fora, depois de aplicado	<u>Idade Pré-Escolar</u> • Choro forte, gritos • Expressões verbais como “au”, “ai”, “dói” • Batimentos com os membros superiores e inferiores • Tentativas de afastamento do estímulo, antes que seja aplicado • Falta de cooperação, com necessidade de contenção física • Exige o fim do procedimento • Agarra-se às pessoas significativas
<u>Idade Escolar</u> • Comportamento de adiamento, como “espere só um minuto” ou “não estou pronto” • Rigidez muscular, como punhos fechados, nós dos dedos esbranquiçados, dentes cerrados, membros contraídos, olhos fechados, testa enrugada.	<u>Adolescentes</u> • Protestos vocais menores • Menos atividade motora • Mais expressões como “dói” ou “estás a magoar-me” • Aumento da tensão muscular e controlo corporal.





ANEXO II – GRELHA DE AVALIAÇÃO



De acordo BOTTEGA (2014), foi realizada uma grelha de avaliação para registar o efeito da música nas crianças.

Avaliação – Recém-Nascidos e lactentes

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Choro	Inquietação	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício



Avaliação –Toddler e pré-escolares

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Choro	Gritos	Comportamento/ Afastamento	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício



Avaliação – Escolares

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Choro	Expressões verbais	Comportamento/ Colaboração	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício



Avaliação – Adolescentes

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Expressões verbais	Comportamento/ Colaboração	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício



ANEXO III - SELEÇÃO DE MÚSICAS

<u>Recém-Nascido e Lactentes</u> • Música clássica ○ http://www.concertosparabebes.com ○ Mozart para bebés • Música de embalar ○ Canções de embalar (2003) cd completo ○ Canções de embalar pt	<u>Idade Toddler e Pré-Escolar</u> • Músicas infantis: ○ Baby tv (pt pt) ○ Xana Toc Toc ○ Panda e os Caricas ○ Sónia e as profissões ○ Avô Cantigas ○ Ruca (Ruca em português) ○ Nody • Músicas tradicionais ○ Jardim-de-infância ○ Músicas da Carochinha
<u>Idade Escolar</u> • Músicas tradicionais ○ Jardim-de-infância ○ Músicas da Carochinha • Músicas infantis ○ Música da Disney (pt pt) ○ Violetta músicas	<u>Adolescentes</u> • Música Pop ○ Comercial músicas ○ RFM músicas ○ Agir ○ One Direction



APÊNDICE XVII – NORMA DE UTILIZAÇÃO DA “CAIXINHA DA MÚSICA QUE TIRA A DOR”

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

Nº da revisão	Descrição da alteração	Data de entrada em vigor	Emissor
00	DOCUMENTO INICIAL		

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:
 Nome: Sónia Isabel da Silva Carvalho (Estudante da Especialidade Saúde Infantil e Pediátrica) Sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Rita Proença e Professora Doutora Margarida Lourenço	Nome:	Nome:
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Data: 5/10/2015	Data:	Data:

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

1. OBJECTIVO

Promover o conforto das crianças submetidas a internamento no serviço de Cirurgia Pediátrica, através da utilização da “Caixinha da música que tira a dor”.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Promover a concentração na música e não na dor ou procedimento;
- ✓ Minimizar o impacto negativo da dor e dos procedimentos dolorosos nas crianças;
- ✓ Promover a relação de confiança da criança e família com os enfermeiros

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Cirurgia Pediátrica.

3. DESCRIÇÃO

A dor pode ser sentida em todas as faixas etárias, logo poderá aparecer na população infantil. Assim, a dor pode “ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento [...]” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17).

Segundo BATALHA (2010: 3) “o conceito de dor deve incluir todos aqueles que, mesmo com incapacidade em a verbalizarem, possam beneficiar de uma avaliação objectiva da sua dor”.

Sabe-se que o grau de desenvolvimento cognitivo pode modificar a percepção e o relato da dor (OKADA *et al.*, 2001), daí ser necessário adaptar toda a avaliação e intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança.

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

No que se refere à dor no pós-operatório, segundo VAZ & VAZ (2005: 3), “é uma complexa reação fisiológica às agressões geradas pela lesão tecidual, pela tração visceral, ou, então, pela própria doença”.

A dor no pós-operatório é o sintoma mais comum nas doenças cirúrgicas e o que mais incomoda o utente (BASSANEZI & FILHO, 2006). Esta pode levar a várias consequência que poderão por em causa qualidade de vida e conforto da criança pelo que é necessário tratar.

De acordo com um dos princípios orientadores do Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS: 2008: 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. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 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” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17), mudando assim as “cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17).

“As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 36). A sua seleção e utilização (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013) terão de ser de acordo com os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estadio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto.

Nomeadamente sobre uma das estratégias não farmacológicas, a musicoterapia ou uso de música terapêutica é importante clarificar a sua diferença.

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

Para HATEM *et al.* (2006: 186), musicoterapia “é o processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas [...]”. Assim, a musicoterapia é a área da ciência que estuda o ser humano, as manifestações sonoras e a “interação entre o ser humano, a música e seus elementos sonoros (timbre, altura, intensidade e duração)” (SILVA *et al.*, 2012: 89). A musicoterapia visa a utilização música pelo musicoterapeuta, num processo estruturado, com a finalidade de promover a qualidade de vida da pessoa (SILVA *et al.*, 2012).

A música terapêutica, ou seja, que tem efeito terapêutico, é utilizada como um recurso complementar do cuidado humano (HATEM *et al.*, 2006), “atingindo a saúde e o comportamento” (HATEM *et al.*, 2006, 186).

Segundo LEINIG citado por GARCEZ & MONTEIRO (2010: 5) “a música foi, primeiramente, a linguagem mágica do homem primitivo, na sua evocação às divindades. Em seguida tornou-se ciência, como as matemáticas e astronomia [...]”, logo a música representa uma forma de linguagem universal, estando presente em qualquer época ou cultura (SANTOS & VASQUES, 2015).

A utilização da música para “fins medicinais remonta a tempos ancestrais” (GARCEZ & MONTEIRO, 2010: 6), isto é, desde a antiguidade que a música “é associada à cura por diversas sociedades e culturas” (SANTOS & VASQUES, 2015, s.p). Com o passar do tempo, a sua utilização foi sofrendo alterações e foi objeto estudos.

De acordo com GARCEZ & MONTEIRO (2010: 7), esta refere que “a literatura comprova os efeitos da música nos diversos níveis de funcionamento humano”, ou seja, o uso de música terapêutica tem inúmeros benefícios. A música suscita reações fisiológicas, com impacto no ritmo cardíaco, pressão arterial, temperatura da pele e respostas musculares. No que se refere ao nível psicológico, pode influenciar o estado de espírito, humor, respostas afetivas. Desta forma, segundo GARCEZ & MONTEIRO (2010), a música tem-se mostrado eficaz na redução da dor, ansiedade, isolamento social e depressão.

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

O sistema auditivo é constituído pelo nervo auditivo, cérebro, tálamo e córtex cerebral auditivo. O som é captado pelo ouvido externo, e é conduzido pelo canal auditivo até ao tímpano. De seguida, esta membrana transmite vibrações aos ossículos do ouvido médio, martelo, bigorna e estribo e por sua vez, é criada uma energia mecânica. Posteriormente, o estribo empurra a cóclea, que pertence ao ouvido interno, e cria uma pressão sobre o fluido da cóclea. Aqui são criados estímulos elétricos, pelas células ciliadas. A cóclea é responsável, em grande parte, pela nossa capacidade em diferenciar e interpretar sons. Ela separa os sons complexos em frequências elementares. Depois o nervo auditivo faz sinapses com os neurónios do núcleo coclear de maneira que o potencial de ação chegue ao cérebro, nomeadamente ao tálamo auditivo e por fim o córtex cerebral auditivo (NOBRE *et al.*, 2012).

É no córtex cerebral auditivo que se realiza a análise da música, ou seja, em que se retira a informação mais específica, nomeadamente das suas características, como afinação, timbre, intensidade. Segundo NOBRE *et al.* (2012: 630)

“as funções musicais são complexas, múltiplas e de localização assimétricas, envolvendo o hemisfério direito para altura, timbre e discriminação melódica e hemisfério esquerdo para ritmos identificação semântica de melodias, senso de familiaridade, processamento temporal e sequencial dos sons”.

BITTENCOURT *et al.* (2010: 106) refere que a redução da dor é explicada pelo “fato de haver uma ação da música na função autônoma que causa uma estimulação da pituitária”, lado direito do cérebro, o que resulta na libertação de endorfina, o que provoca a diminuição da dor e consequentemente aumento do conforto.

4. RESPONSABILIDADES

Equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Pediátrica.

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

5. ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS

- ✓ Esclarecimento da criança e pais sobre o procedimento;
- ✓ Solicitar à criança (do pré-escolar aos adolescentes) para escolherem a música que pretendem, dentro das escolhas existentes, adequadas à idade. No caso dos bebés, pedir aos pais escolherem;
- ✓ Esclarecimento de dúvidas;
- ✓ Colocar a música antes, durante e após o procedimento;
- ✓ Avaliação da dor da criança, utilizando escalas adequadas,
- ✓ Avaliação da reação da criança.

6. REGISTOS

É importante realizar os registos completos de todas as atividades realizadas à criança, nomeadamente a utilização da “caixinha da música que tira a dor”.

É fundamental, registar a eficácia do uso da estratégia e as músicas que são mais eficazes, de forma a manter uma continuidade de cuidados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASSANEZI, Betina Sílvia Beozzo; FILHO, Antonio Gonçalves de Oliveira (2006). **Analgesia pós operatória**. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia. Vol. 33. Nº2, março – abril, p.116 – 122. ISSN 0100-6991

BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria – Compreender para mudar**. Lisboa: Lidle. ISBN 978-972-757-593-0

BITTENCOURT, Walkiria; *et al.* (2010). **O efeito da música clássica no alívio da dor de criança com câncer**. UNICIências. Vol. 14, n. I, p.95-111

GARCEZ, Ana Filipe; MONTEIRO, Sílvia (2010). **Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta**. Dor. Nº 18, p.5-9 ISSN: 0872-4814

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

HATEM, Thamine; *et al.* (2006). **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Jornal de Pediatria. Vol. 83. nº 3, p.186-192

OKADA, Massako; *et al* (2001). **Dor em Pediatria.** Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1), p.135-156

NOBRE, Douglas Vizzy; *et. al.* (2012) – **Respostas fisiológicas ao estímulo musical: Revisão de literatura.** Revista Neurocienc. nº 20, vol. 4, p.625-633.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança.** Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor.** [Em linha] Lisboa. 18-06-2008

SANTOS, Luciano de Souza; VASQUES, Adriana Machado (2015). **O aporte da música na dor oncológica.** Revista Digital. Buenos Aires. Ano 20, nº.203, abril.

SILVA, Marília Nunes; *et al.* (2012). **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP.** Contextos Clínicos. vol. 5, n. 2, julho – dezembro, p.88-99

VAZ, José Leonardo Machado; VAZ, Márcia Silveira Charneca (2005) - **Fisiopatologia da dor pós-operatória.** Colégio Brasileiro de Cirurgia. Vol. 1. Nº 2, Setembro – Outubro. 3– 4

8. APENDICE

APÊNDICE I – Composição da “Caixinha da música que tira a dor”

APÊNDICE II - Lista de músicas apropriadas aos escalões etários

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

APENDICE I – Composição da “Caixinha da música que tira a dor

4. Tablet e carregador (dos pais)
5. Músicas (*youtube seleção*)
6. Lista de músicas apropriadas aos escalões etários

ou

- ✓ Rádio
- ✓ Cd's
 - Música para recém-nascidos/lactentes
 - Música para toddler e pré-escolar
 - Música para escolares
 - Música para adolescentes
- ✓ Lista com músicas apropriadas aos escalões etários

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Utilização da “Caixinha de música que tira a dor”	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

APENDICE II – Lista de músicas apropriadas aos escalões etários

<u>Recém-Nascido e Lactentes</u> • Música clássica ○ http://www.concertosparabebes.com ○ Mozart para bebés • Música de embalar ○ Canções de embalar (2003) cd completo ○ Canções de embalar pt	<u>Idade Toddler e Pré-Escolar</u> • Músicas infantis: ○ Baby tv (pt pt) ○ Xana Toc Toc ○ Panda e os Caricas ○ Sónia e as profissões ○ Avô Cantigas ○ Ruca (Ruca em português) ○ Nody • Músicas tradicionais ○ Jardim-de-infância ○ Músicas da Carochinha
<u>Idade Escolar</u> • Músicas tradicionais ○ Jardim-de-infância ○ Músicas da Carochinha • Músicas infantis ○ Música da Disney (pt pt) ○ Violetta músicas	<u>Adolescentes</u> • Música Pop ○ Comercial músicas ○ RFM músicas ○ Agir ○ One Direction

APÊNDICE XVIII – GRELHA DE AVALIAÇÃO DE OBSERVAÇÃO DA ESTRATÉGIA



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças

De acordo BOTTEGA (2014), foi realizada uma grelha de avaliação para registar o efeito da música nas crianças.

Avaliação – Recém-Nascidos e lactentes

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Choro	Inquietação	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício
8M	M	Colocação de cateter epicraniano	0 (escala NIPS)	Apresentou períodos de choro, que revertiam com a música, quando cantávamos.	Apresentou períodos de inquietação	Tranquilo, mas com períodos de esgar de dor, durante a punção.	1 (escala NIPS)	Antes do procedimento foi administrada terapêutica – fentanilo EV e midazolam. Embora essa terapêutica, foi colocada música, que o bebé costuma ouvir, tendo-se verificado que ficou mais calmo.



Avaliação –Toddler e pré-escolares

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Choro	Gritos	Comportamento/ Afastamento	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício
22M	F	Realização de enema	0 (escala FLACC)	Por curtos períodos	Não	Tentou afastar-se	Por períodos apresentou fâcies de dor. Franzia a testa	2 (escala FLACC)	Com a música, a criança ficou mais calma. Apresentou alguma renitência em ser agarrada.
22M	F	Trocar saco de colostomia	0 (escala FLACC)	Por períodos	Não	Tentou afastar-se	Franzia a testa	0 (escala FLACC)	Com a música ficou mais calma. Apresentou alguma renitência em ser agarrada.
5A	F	Realização de penso abdominal e trocar sacos de drenos abdominais	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	Sem choro	Não	Esteve calma	Sem fâcies de dor	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	Notava-se apreensiva no início do procedimento, mas conseguiu distrair-se com a música.
19M	M	Encontrava-se desconfortável.	6 (escala FLACC)	Apresentou irritabilidade que após a música melhorou	Não	Não	Apresentava-se desconfortável, com testa franzida	2 (escala FLACC)	Bebé encontrava-se desconfortável, que reverteu com música e colo, tendo adormecido.
5A	F	Puncionar acesso venoso periférico	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	Sem Choro	Não	Não	Sem fâcies de dor	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	A criança encontra-se tranquila. Ouviu música e conseguiu-se distrair. Apenas no momento de puncionar é que referiu dor mas que reverteu rapidamente.



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças

19M	M	Puncionar acesso venoso periférico	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	Com choro durante a punção	Não	Sim, tentou afastar.	Com fácies de dor durante a punção	0 (Escala de Faces Wong-Baker)	Estava entretido com a música, só apenas na punção é que chorou e tentou afastar, mas com a música conseguiu-se distrair, sendo que o período de choro foi muito curto.
13M	F	Criança encontrava-se desconfortável – diagnóstico de TCE (pós acidente de viação)	12 (Escala CSS)	Apresenta choro agudo, doloroso	Sim	Sim	Fácies de dor	4 (Escala CSS)	A criança estava agitada, com períodos de choro, após música clássica, adormeceu, ficando tranquila.



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças

Avaliação – Escolares

[illegible]



Avaliação – Adolescentes

Idade	Sexo	Procedimento	Avaliação dor (antes)	Expressões verbais	Comportamento/ Colaboração	Expressão facial	Avaliação dor (após)	Observações/ Benefício
14 A	F	Levante - Halo craniano com tração 10kg	5 (Escala Numérica)	Refere que não aguenta mais a dor e estava renitente à música.	Colaborou no levante.	Sem fácies de dor.	3 (Escala Numérica)	Administrada analgesia antes do levante. E colocado um canal de música na TV. Referiu que o tempo passou mais depressa.
11 A	F	Referia dor na face (fratura mandibular, a aguardar cirurgia)	8 (Escala Numérica)	Não aguento mais. Quero remédios para tirar esta dor. Dói muito.	Recusou música. Nada colaborante.	Fácies de dor, com choro.	6 (Escala Numérica)	Administrada analgesia. Renitente à música e recusou. Colocado gelo, que referiu que não teve melhoria.
12 A	M	Referia dor, pois tinha sido submetido a apendicectomia	8 (Escala Numérica)	“Estou cheio de dores”	Recusou música. Muito centrado na dor.	Fácies de dor.	2 (Escala Numérica)	Administrada analgesia. Renitente à música e recusou. Mãe também recusou. “Só quero mesmo medicamento para tirar a dor”.
14 A	F	Referia dor ligeira, por ter sido submetida a artrodese	3 (Escala Numérica)	Já não tenho posição. Dói-me um bocadinho.	Colaborante nos posicionamentos Aceitou ouvir música	Sem fácies de dor	0 (Escala Numérica)	“Isto é bom, dá para distrair.” No início não mexia no telemóvel, depois com a música, foi-se distraindo e passado um pouco já não referia dor, e já mexia no telemóvel.



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças

14 A	F	Referia cefaleias	4 (Escala Numérica)	“Dói-me a cabeça, sinto que não estou bem”	Refere querer ouvir música	Testa franzida	1 (Escala Numérica)	Fiquei melhor. Consegui distrair-me. Observei que a adolescente se distraiu e deixou de se focar na dor. Pai um pouco renitente à música, mas aceitou.
------	---	-------------------	---------------------------	---	-------------------------------	----------------	---------------------------	--

APÊNDICE XIX – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO INFORMAL “MÚSICA TERAPÊUTICA”

Logotipo da Instituição

Plano de Sessão de Formação Informal

Tema: Música Terapêutica

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica de um Hospital Central da área de Lisboa

Formador: Sónia Carvalho

Orientação: Enfermeira Rita Proença e Professora Doutora Margarida Lourenço

Objetivo geral:

- Promover a utilização da música, como estratégia não farmacológica no alívio da dor

Objetivos específicos:

- Descrever a importância das estratégias não farmacológicas, nomeadamente música terapêutica
- Dar a conhecer o projeto de criação da “Caixinha da música que tira a dor”.

Data: 15/10/2015

Tempo: 10 min

Avaliação: Folha de avaliação do formador

APÊNDICE XX – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO INFORMAL

- Avaliação da sessão e do formador pelos formandos
- Avaliação da sessão pelo formador

Avaliação da Sessão de Formação Informal pelo formador

Tema: _____

Nome do formador: _____

Local: _____ **Data:** _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião.

Avaliação global da formação em relação ao grupo de formandos	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – O grupo de formandos foi homogéneo?				
2 – A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?				
3 - O formador conseguiu criar empatia com os formandos?				

Avaliação da duração da sessão	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
4 - Considera que a duração da sessão de formação foi a adequada?				
5 - A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?				

Avaliação global da sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1 - As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?				
2 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, esta sessão?				
3 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, o grupo de formandos?				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XXI – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO INFORMAL

Questão		Respostas									Média
Avaliação Global da Formação		Dia 15-10-2015								Média	
1	Globalmente a formação agradou-lhe?	4	4	4	3	4	4	3	4	3,8	Concordo totalmente
2	Para a sua atividade profissional a formação foi útil?	4	4	4	4	4	4	3	4	3,9	Concordo totalmente
3	Foram abordados todos os pontos que considera importantes?	4	3	3	4	3	3	3	4	3,4	Concordo
4	A duração da formação foi adequada?	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0	Concordo totalmente
Avaliação do Formador											
5	Domínio dos conteúdos apresentados	3	4	3	4	4	4	3	4	3,6	Muito Bom
6	Facilidade de transmissão de conhecimentos	4	4	3	4	4	3	3	4	3,6	Muito Bom
7	Clareza na transmissão dos conhecimentos	4	3	2	4	4	4	3	4	3,5	Muito Bom
8	Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	4	3	3	4	4	4	3	4	3,6	Muito Bom

Questão		Respostas		
Avaliação Global da Formação pelo formador		15/10/2015	Média	Média
1	O grupo de formandos foi homogéneo?	4	4,0	Concordo
2	A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?	4	4,0	Concordo totalmente
3	O formador conseguiu criar empatia com os formandos?	4	4,0	Concordo totalmente
4	Considera que a duração da sessão de formação foi a adequada?	4	4,0	Concordo totalmente
5	A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?	4	4,0	Concordo totalmente
Avaliação global da sessão				
1	As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?	4	4,0	Muito Bom
2	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia esta sessão?	4	4,0	Muito Bom
3	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia o grupo de formandos?	4	4,0	Muito Bom

APÊNDICE XXII - GRELHA DE AVALIAÇÃO DE OBSERVAÇÃO DA ESTRATÉGIA



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças na sala de tratamentos

De acordo BOTTEGA (2014), foi realizada uma grelha de avaliação para registrar o efeito da música nas crianças.

Avaliação – Recém-Nascidos e lactentes

Idade	Sexo	Procedimento	Choro	Inquietação	Expressão facial	Observações/ Benefício
10M	F	Lavagem nasal com soro fisiológico	Sim	Sim	Testa franzida	Quando a criança entrou na sala ouviu a música e estava muito bem-disposta. Chorou apenas durante o procedimento tendo parado logo no final do mesmo, ficando atenta à música
9M	M	Colheita de sangue	Sim	Sim	Testa franzida	Pais encontravam-se muito ansiosos.
14 M	F	Administração hidrato cloral retal	Sim	Sim	Testa franzida	Acalmou rapidamente após o procedimento, após se centrar na música
10 M	M	Lavagem nasal	Sim	Não	Testa franzida	Acalmou rapidamente após o procedimento, após se centrar na música
1M	M	Lavagem nasal e aspiração de secreções	Sim	Não	Testa franzida	Acalmou rapidamente após ouvir a música
14M	F	Aplicação de Cliss-Go	Sim	Sim	Testa franzida	Acalmou logo após o procedimento



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças na sala de tratamentos

Avaliação –Toddler e pré-escolares

Idade	Sexo	Procedimento	Choro	Gritos	Comportamento/ Afastamento	Expressão facial	Observações/ Benefício
24 M	F	Administração de hidrato cloral retal	Sim	Sim	Tentou afastar-se	Testa franzida	Após o procedimento a criança parou rapidamente de chorar quando ouviu a música
4 A	F	Colheita de sangue	Sim	Não	Não tentou afastar-se	Tranquila	Só apresentou choro no momento da punção, esteve muito tranquila e concentrada na música
22 M	M	Administração de terapêutica inalatória	Não	Não	Não	Não	Comparação com e sem música. Quando foi administrada terapêutica à criança, sem música, a mesma chorou, gritou e tentou afastar-se.
3 A	F	Colheita de exsudado da orofaringe	Não	Não	Não	Tranquila	A criança apresentou-se sempre tranquila a ouvir a música
21 M	F	Administração de Inaladores	Não	Não	Não se afastou	Tranquila	Colaborante com a realização da terapêutica
29 M	M	Administração de Inaladores	Não	Não	Não se afastou	Tranquilo	Colaborante com a realização da terapêutica
21 M	M	Administração de Inaladores	Sim	Não	Tentou afastar-se	Com testa franzida	Foi a primeira vez que realizou.
3 A	F	Colheita de exsudado faríngeo	Sim	Não	Tentou afastar-se	Tranquila	Chorou no procedimento mas acalmou após ouvir a música
4 A	F	Colheita de exsudado faríngeo	Sim	Não	Colaborou	Tranquilo	Acalmou com a música após o procedimento



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças na sala de tratamentos

27 M	F	Puncionar acesso venoso periférico e colheita de sangue	Sim	Sim	Pouca colaboração	Franzida	Criança difícil acalmar após o procedimento. Só se acalmou após sair da sala.
3 A	F	Colheita de exsudado faríngeo	Sim	Não	Tentou afastar-se	Franzida	Após ouvir a música acalmou.
25M	M	Colheita de exsudado faríngeo	Não	Não	Colaborou	Tranquilo	Esteve atento à música



Grelha de avaliação do efeito da música nas crianças na sala de tratamentos

Avaliação – Escolares

Idade	Sexo	Procedimento	Choro	Expressões verbais	Comportamento/ Colaboração	Expressão facial	Observações/ Benefício
8 A	M	Enema de Limpeza	Não	“Não quero”	Colaborante	Apreensivo	Criança distraiu-se com a música
6 A	F	Colheita de exsudado faríngeo	Não	“Eu vou ajudar”	Colaborante	Tranquila	Criança esteve entretida com a música
6 A	F	Puncionar acesso periférico e colheita de sangue	Sim	“Não vai doer?” (SIC)	No início do procedimento colaboro. Posteriormente começou a tentar tirar o braço	Apresentou choro fâcies de dor	Criança durante o procedimento ia ouvindo a música mas depois centrava-se no procedimento, quando lhe dizíamos para ouvir a música acalmava-se.
8 A	M	Colheita de sangue	Não	“O que me vão fazer?”	Colaborou	Tranquilo	Apresentou-se sempre muito colaborante.



Avaliação – Adolescentes

Idade	Sexo	Procedimento	Expressões verbais	Comportamento/ Colaboração	Expressão facial	Observações/ Benefício
10 A	M	Colheita de sangue	“não quero cá ficar”	Colaborou no procedimento	Apreensivo	Com a música verifiquei que o menino se acalmou rapidamente
10 A	M	Colheita de exsudado faríngeo	“Não quero fazer nada”	Pouca colaboração	Apreensivo	Com a música verifiquei que o menino se acalmou rapidamente
16 A	F	Colheita de sangue	“Tenho medo de tirar sangue” (SIC) Depois do procedimento “até nem custou muito” (SIC)	Colaborou no procedimento	Inicialmente apreensiva, ficando progressivamente mais calma.	Com a música adolescente distraiu-se.
14 A	F	Realização de penso	“Tenho medo que doa”	Colaborante durante todo o procedimento	Tranquila	Com a música adolescente distraiu-se.
16 A	F	Colheita de sangue	“Não gosto nada de tirar sangue”	Colaborante no procedimento	Tranquila	Com a música adolescente distraiu-se.

APÊNDICE XXIII – MANUAL “MÚSICA NA SALA DE TRATAMENTOS – PROMOÇÃO DO
CONFORTO”

Música na sala de tratamentos da Urgência

Pediátrica

Promoção do conforto



Trabalho realizado por Sónia Carvalho (Estudante de Mestrado de Saúde Infantil e
Pediátrica)

Sob orientação: Enfermeira Ana Dias e Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, Novembro 2015



ÍNDICE

Introdução	
1. Estratégias Não Farmacológicas no alívio da dor.....	
2. Musicoterapia/Música terapêutica	
3. Música na Sala de tratamentos.....	
4. Conclusão	
5. Bibliografia.....	
6. ANEXOS.....	
6.1. Anexo I – Grelha de Avaliação.....	
6.2. Artigos Científicos.....	





INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio módulo III, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, no Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital Central de Lisboa, propus-me a aplicar música na sala de tratamentos da Urgência Pediátrica de forma a promover o conforto das crianças.

Defino como objetivo geral:

- Sensibilizar a utilização da estratégia não farmacológica – música.

Como objetivos específicos:

- Definir estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
- Definir a música como estratégia não farmacológica no alívio da dor;
- Verificar o efeito da música nas crianças na sala de tratamentos.

A metodologia de trabalho é uma pesquisa bibliográfica.





1. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

De acordo com um dos princípios orientadores do Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008: 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 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

A utilização de estratégias não farmacológicas pode levar a uma mudança no significado da dor, através da “reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17), mudando assim as “cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17).

“As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 36). A sua seleção e utilização (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013) terão de ser de acordo com os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estadio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto.

A sua utilização será extremamente importante numa dor ligeira a moderada, podendo ser utilizadas várias estratégias ao mesmo tempo.

As intervenções não farmacológicas podem ser classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais.

No que diz respeito às intervenções comportamentais “envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17). As técnicas utilizadas são a distração comportamental e relaxamento muscular.





Quanto às intervenções cognitivas “utilizam métodos mentais para lidar com a dor” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 17), tais como distração, reforço positivo, imaginação guiada, simulação ou modelação.

Relativamente às intervenções cognitivo-comportamentais, “utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

As intervenções físicas ou periféricas “permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18). As técnicas utilizadas são a aplicação de calor, aplicação de frio, massagem e posicionamentos.

As intervenções de suporte emocional “implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

Por fim, as intervenções ambientais visam a “melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 18).

Existem ainda outras estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor como a amamentação, sucção não nutritiva, sacarose, método canguru/contato físico com os pais, brinquedo terapêutico, musicoterapia e humor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).





2. MUSICOTERAPIA/MÚSICA TERAPÊUTICA

Primeiramente é importante clarificar a diferença entre musicoterapia e música terapêutica.

Para HATEM *et al.* (2006: 186), musicoterapia “é o processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas [...]”. Assim, a musicoterapia é a área da ciência que estuda o ser humano, as manifestações sonoras e a “interação entre o ser humano, a música e seus elementos sonoros (timbre, altura, intensidade e duração)” (SILVA *et al.*, 2012: 89). A musicoterapia visa a utilização música pelo musicoterapeuta, num processo estruturado, com a finalidade de promover a qualidade de vida da pessoa (SILVA *et al.*, 2012).

A música terapêutica, ou seja, que tem efeito terapêutico, é utilizada como um recurso complementar do cuidado humano (HATEM *et al.*, 2006), “atingindo a saúde e o comportamento” (HATEM *et al.*, 2006: 186).

Porém “não existe o termo música terapêutica como Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), somente musicoterapia” (LEÃO, 2011: s.p)

Segundo LEINIG citado por GARCEZ & MONTEIRO (2010: 5) “a música foi, primeiramente, a linguagem mágica do homem primitivo, na sua evocação às divindades. Em seguida tornou-se ciência, como as matemáticas e astronomia [...]”, logo a música representa uma forma de linguagem universal, estando presente em qualquer época ou cultura (SANTOS & VASQUES, 2015).

A utilização da música para “fins medicinais remonta a tempos ancestrais” (GARCEZ & MONTEIRO, 2010: 6), isto é, desde a antiguidade que a música “é associada à cura por diversas sociedades e culturas “ (SANTOS & VASQUES, 2015: s.p). Com o passar do tempo, a sua utilização foi sofrendo alterações e foi objeto de estudos.

De acordo com GARCEZ & MONTEIRO (2010: 7), esta refere que “a literatura comprova os efeitos da música nos diversos níveis de funcionamento humano”, ou seja, o uso de música terapêutica tem inúmeros benefícios. A música suscita reações fisiológicas, com impacto no ritmo cardíaco, pressão arterial, temperatura da pele e





respostas musculares. No que se refere ao nível psicológico, pode influenciar o estado de espírito, humor, respostas afetivas. Desta forma, segundo GARCEZ & MONTEIRO (2010), a música tem-se mostrado eficaz na redução da dor, ansiedade, isolamento social e depressão.

O sistema auditivo é constituído pelo nervo auditivo, cérebro, tálamo e córtex cerebral auditivo. O som é captado pelo ouvido externo, e é conduzido pelo canal auditivo até ao tímpano. De seguida, esta membrana transmite vibrações aos ossículos do ouvido médio, martelo, bigorna e estribo e por sua vez, é criada uma energia mecânica. Posteriormente, o estribo empurra a cóclea, que pertence ao ouvido interno, e cria uma pressão sobre o fluido da cóclea. Aqui são criados estímulos elétricos, pelas células ciliadas. A cóclea é responsável, em grande parte, pela nossa capacidade em diferenciar e interpretar sons. Ela separa os sons complexos em frequências elementares. Depois o nervo auditivo faz sinapses com os neurónios do núcleo coclear de maneira que o potencial de ação chegue ao cérebro, nomeadamente ao tálamo auditivo e por fim o córtex cerebral auditivo. (NOBRE *et al.*, 2012)

É no córtex cerebral auditivo que se realiza a análise da música, ou seja, em que se retira a informação mais específica, nomeadamente das suas características, como afinação, timbre, intensidade. Segundo NOBRE *et al.* (2012: 630)

“as funções musicais são complexas, múltiplas e de localização assimétricas, envolvendo o hemisfério direito para altura, timbre e discriminação melódica e hemisfério esquerdo para ritmos identificação semântica de melodias, senso de familiaridade, processamento temporal e sequencial dos sons”.

O interesse da música pela enfermagem remonta aos tempos de Nightingale, como “tratamento para amenizar a dor” (OLIVEIRA *et al.*, 2014: 872), seguida de Isa Mad Ilsen e Harry Seymor, aquando dos cuidados aos feridos de Guerra (BARCELLO & TAETS, 2011).

BITTENCOURT *et al.* (2010: 106) refere que a redução da dor é explicada pelo “fato de haver uma ação da música na função autônoma que causa uma estimulação da pituitária”, lado direito do cérebro, o que resulta na libertação de endorfina, o que provoca a diminuição da dor e consequentemente aumento do conforto.





3. MÚSICA NA SALA DE TRATAMENTOS

Como foi referido anteriormente, o interesse da música pela enfermagem remonta aos tempos de Nightingale, como “tratamento para amenizar a dor” (OLIVEIRA *et al.*, 2014: 872), seguida de Isa Mad Ilse e Harry Seymour, aquando dos cuidados aos feridos de Guerra (BARCELLO & TAETS, 2011).

Segundo BARCELLO & TAETS (2011), a utilização da música pela enfermagem é como um recurso, em intervenções no *stress*, ansiedade e/ou dor. De acordo com o mesmo autor, estas intervenções incluem “música de fundo em sala de esperas, outras áreas do hospital ou espaços de tratamento” (BARCELLO & TAETS, 2011: 3).

As crianças que recorrem ao SUP necessitam muitas vezes de procedimentos invasivos, como colheita de sangue, puncionar acessos periféricos, entre outros, dos quais resulta dor, ansiedade e desconforto.

De acordo com um dos princípios orientadores, dever do controlo da dor, do Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008: 8), “todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos, ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução de morbilidade e humanização de cuidados”.

Uma vez que “o alívio da dor e do desconforto é um objectivo da enfermagem primordial” (WATT-WATSON, 2003: 363), é fundamental que o controlo da dor seja uma prioridade. Daí ouvir música, com objetivo terapêutico, pode levar à redução da dor (LEÃO & SILVA, 2004).

Os mecanismos que estão relacionados com o alívio da dor citados por BARCELLO & TAETS são a “distração, alteração do foco perceptual, libertação de endorfinas e relaxamento” (2011: 6).

Desta forma a utilização da música é extremamente importante no sentido de promoção do conforto da criança como forma de reduzir a dor e ansiedade (BARCELLO & TAETS, 2011).

Assim, durante a prestação de cuidados na sala de tratamentos, poderá colocar-se música, adequada a cada faixa etária, para aumentar o conforto das crianças. Posteriormente





deverá avaliar-se o resultado com a grelha de avaliação elaborada de acordo com BOTTEGA (2014), conforme anexo I.





4. CONCLUSÃO

A dor é um sintoma comum nas crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, devido à patologia ou aos procedimentos invasivos que muitas vezes são submetidos.

Sabe-se que a dor, em qualquer grupo etário, leva a um sofrimento evitável, podendo levar a uma quebra na qualidade de vida da pessoa.

Perante uma criança com dor, o objetivo primordial da enfermagem é o seu controlo, indo ao encontro do Plano Nacional de Controlo da Dor, de forma a aumentar o bem-estar, redução da morbilidade e humanização de cuidados.

As estratégias não farmacológicas são intervenções autónomas, uma vez que a prescrição e implementação podem ser realizadas pelos enfermeiros, não necessitando de outro profissional de saúde para o fazer (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013). Assim, poderão ser utilizadas estratégias não farmacológicas, complementando as medidas farmacológicas implementadas.

No caso da música, esta “pode ser entendida como a arte de combinar os sons dentro do tempo e tem como características principais o ritmo, a melodia e a harmonia” (SILVA & PEDRO, 2013: 51) e pode ser provocar efeitos benéficos na pessoa como redução da dor, diminuir o desconforto e aumentar, desta forma, a qualidade de vida (NOBRE, 2012).

Assim, para finalizar, o uso de estratégias não farmacológicas, nomeadamente a música na sala de tratamentos, é um recurso útil no controlo e alívio da dor na criança, de forma a promover o conforto e estabilidade, reduzindo a ansiedade e o medo da criança.





5. BIBLIOGRAFIA

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; TAETS, Gunnar Glauco de Cunto (2011). **“Musicoterapia” ou Musica em enfermagem?.** IV encontro de Pesquisa do Núcleo de Pesquisa José Maria Neves. Conservatório Brasileiro de Música Centro Universitário. Rio de Janeiro, Agosto.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; et al. (2014). **Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva.** Rio de Janeiro. Rev. Fundam.Care. Online. Jul-Set. vol. 6, nº 3, pp. 909-917. ISSN 2175-5361

BITTENCOURT, Walkiria; et al. (2010). **O efeito da música clássica no alívio da dor de criança com câncer.** UNICiências. Vol. 14, n. I, p.95-111

GARCEZ, Ana Filipe; MONTEIRO, Sílvia (2010). **Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta.** Dor. Nº 18, p.5-9

HATEM, Thamine; et al. (2006). **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Jornal de Pediatria. Vol. 83. nº 3, p.186-192

LEÃO, Eliseth Ribeiro (2011) – **Música nos Hospitais.** Revista leitura e escritura. Edição n.04.Disponível [http:\\www.leituraeescritura.com/revista/le_04c.htm] acedido a 07/11/2015

NOBRE, Douglas Vizzy; et. al. (2012) – **Respostas fisiológicas ao estímulo musical: Revisão de literatura.** Revista Neurocienc. nº 20, vol. 4, p.625-633.

OLIVEIRA, Marilise Fátima de; et al. (2014) – **Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três corações. V.12, nº. 2 agosto – dezembro. P.871-878

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança.** Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor.** [Em linha] Lisboa. 18-06-2008





SANTOS, Luciano de Souza; VASQUES, Adriana Machado (2015). **O aporte da música na dor oncológica**. Revista Digital. Buenos Aires. Ano 20, nº.203, abril.

SILVA, Marília Nunes; *et al.* (2012). **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP**. Contextos Clínicos. vol. 5, n. 2, julho – dezembro, p.88-99

SILVA, Denis Laros Silva da; PEDRO, Eva Neri Rubim (2013) – **Intervenções de enfermagem para o alívio da dor no pós-operatório imediato em pediatria: Uma revisão integrativa**. HCPA. nº 33: 50-54

WATT-WATSON, Judith. **Dor e Controlo da dor**. in PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7





6. ANEXOS

6.1. ANEXO I – GRELHA DE AVALIAÇÃO

6.2. ARTIGOS CIENTÍFICOS



APÊNDICE XXIV – MANUAL “ESTRATÉGIA ANTECIPATÓRIA NAS CRIANÇAS PRÉ-
ESCOLARES”

Estratégia antecipatória nas Crianças Pré- Escolares



Trabalho realizado por Sónia Carvalho (Estudante de Mestrado de Saúde Infantil e
Pediátrica)

Sob orientação: Enfermeira Ana Dias e Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, Novembro 2015



INDICE

INTRODUÇÃO	
1. A DOR NAS CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES	
2. CUIDADOS ATRAUMÁTICOS	
3. ESTRATÉGIAS ANTICIPATÓRIAS	
4. CONCLUSÃO	
5. BIBLIOGRAFIA	
6. ANEXOS	
6.1. Anexo I – Folhetos para colorir	



INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio módulo III, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, no Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital Central de Lisboa, propus-me a realizar uma estratégia antecipatória na preparação das crianças pré escolares aos procedimentos invasivos.

Defino como objetivo geral:

- Sensibilizar a importância dos cuidados atraumáticos na prestação de cuidados a crianças.

Como objetivos específicos:

- Definir a dor na criança pré-escolar;
- Definir cuidados atraumáticos;
- Definir estratégias antecipatórias nas crianças pré-escolares.

A metodologia de trabalho é uma pesquisa bibliográfica.



1. A DOR NAS CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

A dor, de acordo com a *International Association for the Study of Pain*, “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (APED, 2015: s.p.). Ou seja, a dor é um fenómeno complexo, sendo mais que uma sensação, isto é, envolve emoções e componentes associadas.

A dor pode ser sentida em todas as faixas etárias, logo poderá aparecer na população infantil. Assim, a dor pode “ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento [...]” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013, 17).

Segundo BATALHA (2010: 3) “o conceito de dor deve incluir todos aqueles que, mesmo com incapacidade em a verbalizarem, possam beneficiar de uma avaliação objectiva da sua dor”.

Sabe-se que o grau de desenvolvimento cognitivo pode modificar a percepção e o relato da dor (OKADA *et al.*, 2001), daí ser necessário adaptar toda a avaliação e intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança.

No estadio pré-escolar o pensamento mágico é característico. Neste período há um grande egocentrismo e pensamento transdutivo (deduzem do particular para o particular). Devido a estes pensamentos, nesta faixa etária estão presentes os medos “reais ou imaginários” (HOCKENBERRY & WILSON, 2014: 637). As crianças não têm capacidade de compreender a causa e efeito de uma doença. As crianças acreditam essencialmente no poder das palavras e entendem-nas no seu sentido literal (HOCKENBERRY & WILSON, 2014). Assim, nesta fase as crianças entendem a dor e a doença como uma punição.

As reações à dor frequentes em crianças pré-escolares, de acordo com HOCKENBERRY & WILSON (2014), são choro forte, gritos, expressões verbais como “au”, “ai”, “dói”, bater com os membros superiores e inferiores, tentativas de afastamento do estímulo, falta de cooperação necessitando de contenção física, exigir o fim do procedimento e agarrar-se às pessoas significativas.



2. CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Segundo HOCKENBERRY & WILSON (2014: 11), os cuidados atraumáticos “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares [...]”.

Os desconfortos psicológicos envolvem ansiedade, medo, raiva, desânimo, vergonha, culpa e tristeza. Quanto aos desconfortos físicos abrangem os estímulos sensoriais, como dor, ruídos fortes, luzes ou escuridão e temperaturas extremas (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).

Como se verifica, o objetivo principal dos cuidados atraumáticos em pediatria é não causar dano às crianças. (HOCKENBERRY & WILSON, 2014). Segundo os mesmos autores, HOCKENBERRY & WILSON (2014: 12), os três princípios dos cuidados atraumáticos são “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família”; “promover uma sensação de controle”; e “prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor”.

Perante estes princípios, ao melhorar o relacionamento pais-filho durante a hospitalização, preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento não familiar, garantir a privacidade da criança, oferecer atividades recreativas que possibilitem que a criança expresse os seus medos e respeitar as diferenças culturais, são formas como prestar cuidados atraumáticos (HOCKENBERRY & WILSON, 2014).



3. ESTRATÉGIAS ANTICIPATÓRIAS

De acordo com BARROS (2010), a dor aguda associada a procedimentos médicos invasivos, é breve pois termina quando o procedimento acaba. BARROS (2010: 296) refere ainda que a dor associada a procedimentos invasivos, como colheita de sangue, administração de intramusculares ou punção para colocar acesso periféricos “está intimamente associada a ansiedade antecipatória”, a qual não se consegue controlar com analgésico.

Sabe-se que o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, sendo um ciclo, ou seja, quanto maior a ansiedade, maior a dor, pois a ansiedade potencializa a dor. Assim, é necessário utilizar uma abordagem comportamental durante a realização de procedimentos médicos.

A elaboração de histórias com imagens para colorir para crianças pré-escolares, sobre os procedimentos a realizar, colocação de acesso periférico, colheita de sangue e administração de intramuscular (Anexo I) é uma estratégia antecipatória de maneira a preparar as crianças para os procedimentos, reduzindo-lhes a ansiedade e medo, promovendo também o conforto.

Segundo DIOGO *et al.* (2015: 44) “as técnicas expressivas-projetivas como desenhar, contar histórias ou brincar com a criança são especialmente importante” pois devido a estas técnicas os enfermeiros podem transmitir segurança e informação, reduzindo, assim os medos e ansiedades.



4. CONCLUSÃO

A realização de procedimentos invasivos, às crianças que recorrem ao serviço de urgência, é extremamente necessária e é uma constante. Estes procedimentos são dolorosos e causam grandes medos e ansiedades nas crianças.

Sabe-se que no período pré-escolar, devido ao seu pensamento transdutivo e ao grande sentido de egocentrismo, as crianças têm grande dificuldade em compreender a dor e os procedimentos como algo benéfico mas sim como uma punição.

Desta forma é importante, de acordo com os cuidados atraumáticos, promover estratégias antecipatórias, de forma a reduzir a ansiedade e medo das crianças antes dos procedimentos invasivos.



5. BIBLIOGRAFIA

APED, Associação Portuguesa para o Estudo da dor. Acedido em Outubro de 2015:

<http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>

BARROS, Luísa (2010) – **A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica**. Temas em Psicologia. Lisboa. ISSN 1413-389X. Vol. 18, nº2, p. 295-306

BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria – Compreender para mudar**. Lisboa: Lidle. ISBN 978-972-757-593-0

DIOGO, Paula; VILELAS, José; RODRIGUES, Luíza; ALMEIDA, Tânia (2015) – Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos das crianças em contexto de urgência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº3, Junho 2015, p. 43-51

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2014). **Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9ª edição. Loures. Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1

OKADA, Massako; et al (2001). **Dor em Pediatria**. Rev. Med. São Paulo, 80 (ed. esp.pt.1). p.135-156

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança**. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE, Série I nº6. ISBN 978-989-8444-23-3

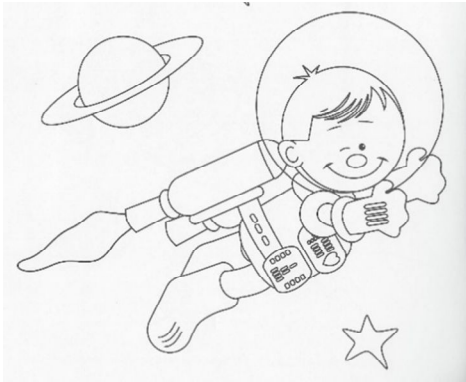


6. ANEXOS

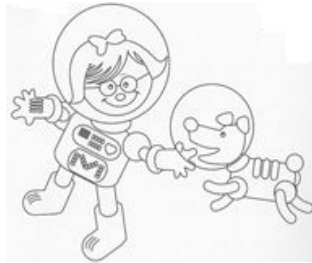
6.1.ANEXO I – FOLHETOS PARA COLORIR

Já acabou... Foi rápido!

Sabes... portaste-te lindamente...



És um campeão!!



Trabalho realizado por:

Estudante de Especialidade SIP da UCP Sónia Carvalho

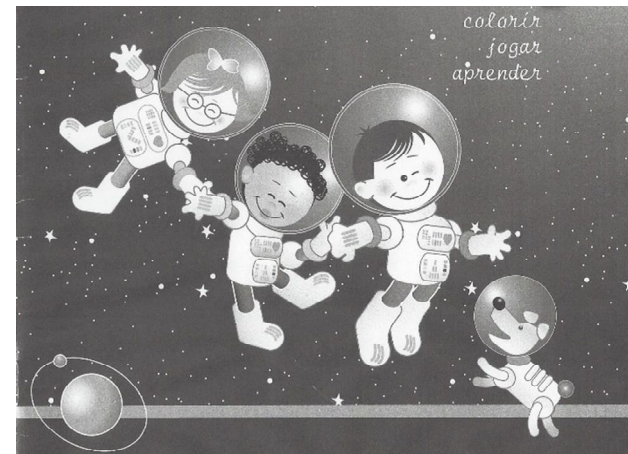
Sob orientação Enfermeira Ana Dias e Professora Doutora Margarida Lourenço

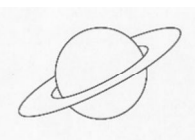
Fonte de Imagens: www.google.pt e livro Brinca Comigo do Hospital Central de Lisboa

Logotipo da Instituição

Vamos por um tubinho

fininho na tua veia?





Olá, nós somos o Vasco, a Maria e o Manuel e vamos-te ajudar para ires por um tubinho muito fininho na tua veia para fazeres medicação.

Nós também já tivemos que tirar... e portámo-nos muito bem.

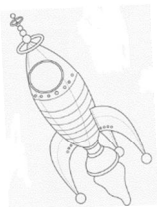
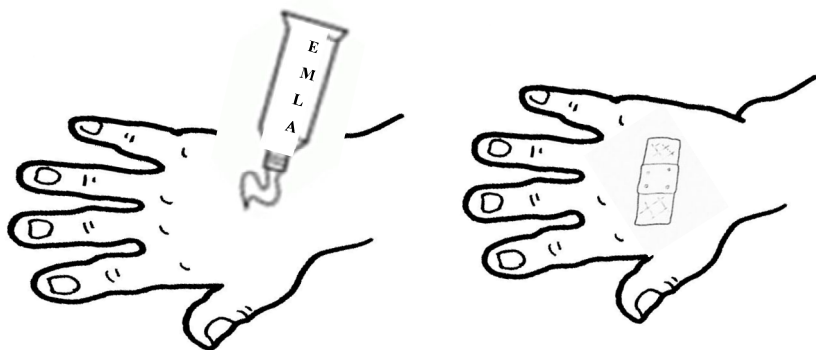
Não precisas de ter medo...

Depois de estares com o médico, vais ter com o Enfermeiro e vais para uma sala.

Vais deitar-te numa caminha muito gira que sobe e desce a cabeça.



O Enfermeiro vai colocar um creme mágico na tua mão, que vai ajudar a não teres dor.



Esperas um pouquinho e podes ir brincar!



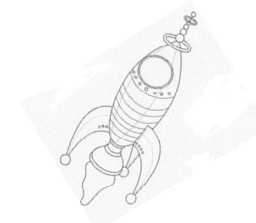
Depois o Enfermeiro chama-te e vais novamente para a sala. Ele vai-te por uma pulseira no teu braço que aperta um pouquinho... para ver a tua veia...



Quando ele vir a veia põe um fresquinho na tua mão.

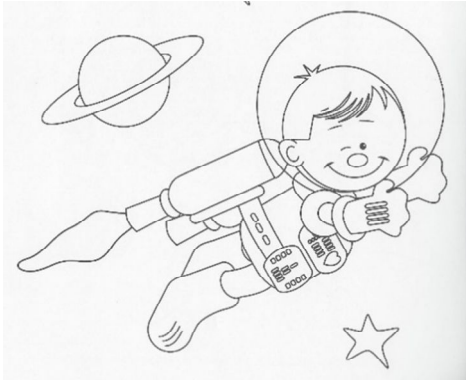
E a seguir olhas para a mamã ou o papá, podes cantar ou contar... mas tens de ficar muito quietinho para o enfermeiro por essa coisinha na mão.

Agora só tens de ter cuidado e não tirar esta coisinha.



Já acabou... Foi rápido!

Sabes... portaste-te lindamente...



És um campeão!!



Trabalho realizado por:

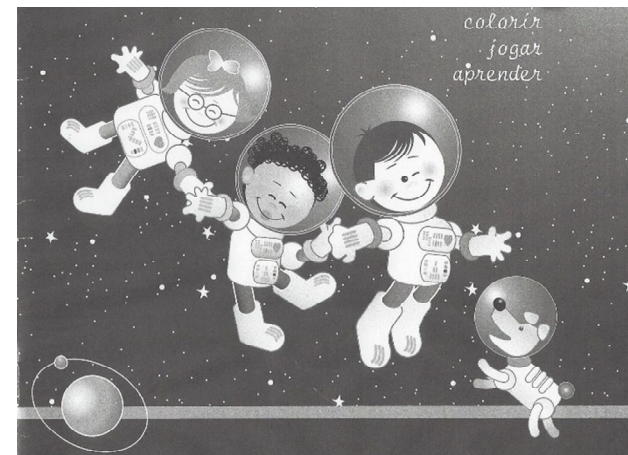
Estudante de Especialidade SIP da UCP Sónia Carvalho

Sob orientação Enfermeira Ana Dias e Professora Doutora Margarida Lourenço

Logotipo da Instituição

Vamos Colher

sangue?





Olá, nós somos o Vasco, a Maria e o Manuel e vamos-te ajudar para ires tirar um pouquinho de sangue.

Nós também já tivemos que tirar... e portámo-nos muito bem.

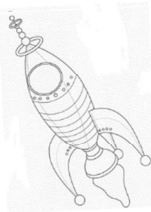
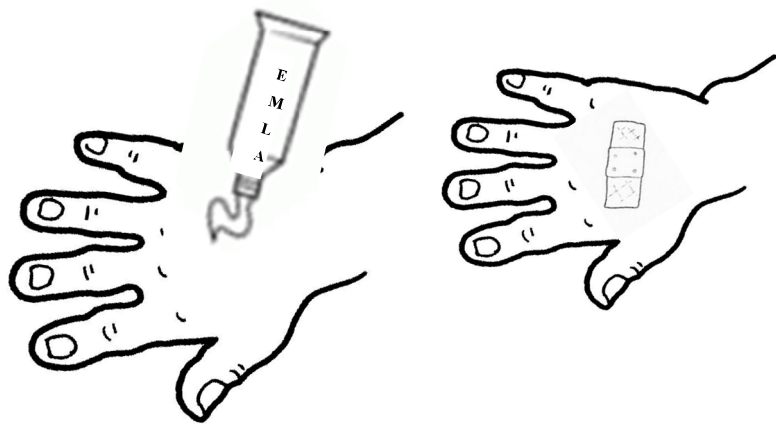
Não precisas de ter medo...

Depois de estares com o médico, vais ter com o Enfermeiro e vais para uma sala.

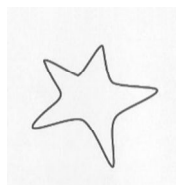
Vais deitar-te numa caminha muito gira que sobe e desce a cabeça.



O Enfermeiro vai colocar um creme mágico na tua mão, que vai ajudar a não teres dor.



E esperas um pouquinho e podes ir brincar

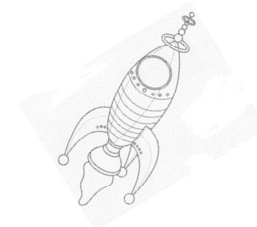
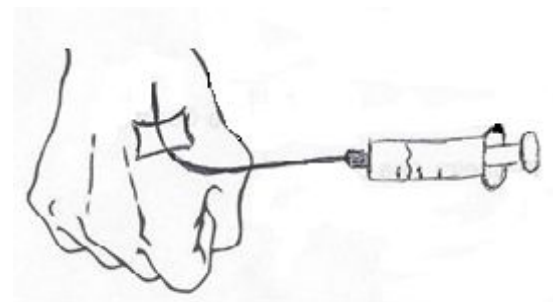


Depois o Enfermeiro chama-te e vais novamente para a sala. Ele vai-te por uma pulseira no teu braço que aperta um pouquinho... para ver a tua veia...



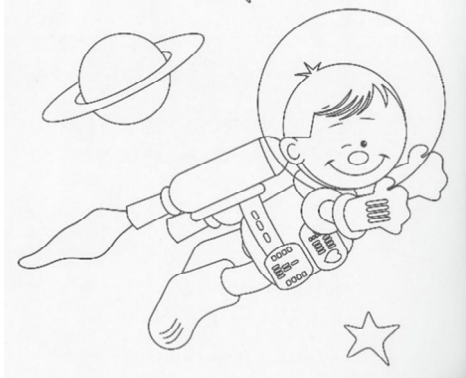
Quando ele vir a veia põe um fresquinho na tua mão.

E a seguir olhas para a mamã ou o papá, podes cantar ou contar... mas tens de ficar muito quietinho para o enfermeiro tirar um pouquinho do teu sangue, para saber se está tudo bem contigo.



Já acabou... Foi rápido!

Sabes... portaste-te lindamente...



És um campeão!!



Trabalho realizado por:

Estudante de Especialidade SIP da UCP Sónia Carvalho

Sob orientação Enfermeira Ana Dias e Professora Doutora Margarida Lourenço

Fonte de Imagens: www.google.pt e livro Brinca Comigo de um Hospital Central de Lisboa

Logotipo da Instituição

Vamos

fazer penicilina?





Olá, nós somos o Vasco, a Maria e o Manuel e vamos-te ajudar para ires fazer um remédio.

Nós também já tivemos que fazer... e portámo-nos muito bem.

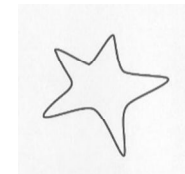
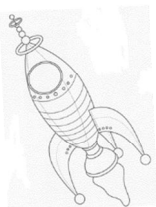
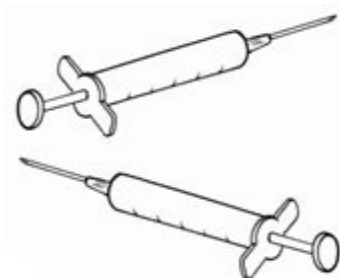
Não precisas de ter medo...

Depois de estares com o médico, vais ter com o Enfermeiro para ele te fazer esse remédio.

Vais deitar-te numa caminha muito gira que sobe e desce a cabeça, mas de barriguinha para baixo.



O enfermeiro vai preparar o remédio e vai precisar de:



O Enfermeiro vai por um fresquinho no teu "rabiosque" e vai dar-te o remédio, e tu tens de ficar muito quietinho. Para isso o papá ou a mama e uma senhora do serviço vão segurar-te.

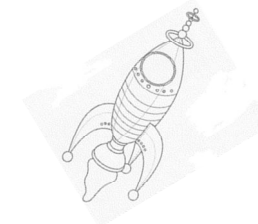


Depois só tens que andar muito, para amanhã não te doer.



Atenção:

Se começares com tosse, com comichão ou pintinhas no corpo diz à mamã ou ao papá e vai logo ter com o enfermeiro.



APÊNDICE XXV – NORMA “SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA”

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Sucção Não Nutritiva	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

Nº DA REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
00	DOCUMENTO INICIAL		

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
SERVIÇO/ÓRGÃO:	SERVIÇO/ÓRGÃO:	SERVIÇO/ÓRGÃO:
 NOME: Sónia Isabel da Silva Carvalho (Estudante da Especialidade de saúde infantil e pediátrica da UCP) sob orientação da enfermeira Neusa Pedrosa e Professora Doutora Margarida Lourenço	NOME:	NOME:
ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
DATA: 01/12/2015	DATA:	DATA:

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Sucção Não Nutritiva	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

1. OBJECTIVO

Promover a utilização da sucção não nutritiva no bebé internado no serviço de Neonatologia.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Até meados da década de 1970 acreditava-se que o recém-nascido não sentia dor devido à sua imaturidade neurológica, pois julgava-se que seria incapaz de conduzir o estímulo doloroso, devido à falta de mielinização e falta de memória. (FARIAS *et al.*, 2011; PRESBYTERO *et al.*, 2010)

Segundo PRESBYTERO *et al.* (2010, 126) “75% dos impulsos nociceptivos são carregados por meio de fibras não mielinizadas [...]”, pelo que segundo este autor o recém-nascido sente dor. Com o avanço da tecnologia, verificou-se que, segundo FARIAS *et al.* (2011) e VERONEZ & CORRÊA (2010), o sistema nervoso do bebé, isto é as vias anatómicas responsáveis pela transmissão da dor, encontram-se desenvolvidas à sétima semana gestação e encontram-se espalhadas por toda a superfície do corpo perto da vigésima semana de gestação.

Assim, é de notar que todo o recém-nascido pode sentir dor. E de acordo com VERONEZ & CORRÊA (2010) o recém-nascido prematuro pode sentir mais dor pois cada estímulo novo não é inibido, mas sim ampliado.

Para AQUINO & CHRISTOFFEL (2010) a aplicação de estímulos dolorosos de forma repetida e prolongada no tempo poderá levar a alterações cerebrais e consequentemente de comportamento no futuro.

O recém-nascido internado na neonatologia é submetido a vários procedimentos dolorosos, há referência por AQUINO & CHRISTOFFEL (2010), que o recém-nascido é submetido a 16 procedimentos dolorosos, diariamente, entre eles a aspiração de secreções, punção do calcâneo, entubação oro ou nasogástrica, colocação ou remoção de cateter venoso periférico, arterial ou drenagens torácicas, descolar adesivos, entre outros.

Pela incapacidade do recém-nascido em verbalizar, ele demonstra o seu desconforto através de alterações fisiológicas e comportamentais. Estas alterações são extremamente importantes de avaliar, antes, durante e após os procedimentos dolorosos (MATSUDA *et al.*, 2013)

Assim, perante a realização de procedimentos dolorosos, poderá adotar-se estratégias farmacológicas ou não farmacológicas. Relativamente às estratégias não farmacológicas, segundo PRESBYTERO *et al.* (2010: 127) “têm o objetivo de reduzir os estímulos agressivos do ambiente,

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Sucção Não Nutritiva	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

diminuir o estresse, prevenir alterações fisiológicas e comportamentais” e poderão ser utilizados em “dores agudas provocadas por procedimentos menores” (CORDEIRO & COSTA, 2014: 190), como punções venosas, de calcâneos e colheita de sangue.

No caso da sucção não nutritiva, é uma estratégia não farmacológica no alívio da dor, segundo PRESBYTERO *et al.* (2010), MATSUDA *et al.* (2013) inibe a hiperatividade do recém-nascido e ajuda a reorganizar-se, promovendo o conforto, isto acontece porque durante os movimentos rítmicos há liberação de serotonina, conforme afirma AQUINO & CHRISTOFFEL (2010).

Assim, a sucção não nutritiva permite a auto-regulação, ou seja, o recém-nascido controla a fonte dos estímulos pela sua própria atividade (AQUINO & CHRISTOFFEL, 2010). Segundo o mesmo autor, o recém-nascido deverá realizar “mais de 30 sucções por minuto, sendo o efeito imediato”, e quando suspende a sucção o efeito desaparece. Isto deve-se ao fato do mecanismo de ação não ser mediado por endorfinas.

3. ÂMBITO

Aplica-se a todos os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Neonatologia

4. RESPONSABILIDADES

Equipa de enfermagem do serviço de Neonatologia

5. ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS

Deve aplicar-se a sucção não nutritiva antes, durante e após a realização de procedimentos dolorosos como:

- Punção de calcâneos
- Punções venosos
- Colheita de sangue
- Aspiração de secreções

Estimular a sucção não nutritiva, tendo em conta que o efeito analgésico é imediato, quando há mais de 30 sucções por minuto.

A estimulação pode ser realizada pelo enfermeiro ou com a colaboração dos pais.

Logotipo da Instituição		
NORMA Departamento de Pediatria	Sucção Não Nutritiva	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Fernanda Martins de; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira (2010). **Dor neonatal: Medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem.** Fortaleza. Revista RENE. Vol. 1, número especial: p. 169-177

CORDEIRO, Raquel Alves; COSTA, Roberta (2014). **Métodos não farmacológicos para o alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem.** Florianópolis. Jan-Mar, vol. 23, nº. 1: p.185-192

FARIAS, Leiliane Martins; *et al.* (2011). **Cuidados de Enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa.** Fortaleza. Revista RENE. Out-Dez, Vol. 12, nº. 4: p. 866-874

MATSUDA, Márcio Roni; *et al.* (2013). **Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Dez-Fev. Vol. 5, nº. 1: p. 59-63

PRESBYTERO, Raphaela; *et al.* (2010). **Os Enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor.** Fortaleza. Revista RENE. Jan-Mar, Vol.11, nº. 1: p. 125-132

VERONEZ, Marly; CORRÊA, Darci Aparecida Martins (2010). **A dor e o recém-nascido: percepção dos profissionais de enfermagem.** Brasil. Cogitare Enferm. Abr-Jun, vol. 15 nº. 2:p 263-270

APÊNDICE XXVI – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “PROMOVER O CONFORTO DO
BEBÉ – PAPEL DOS PAIS”

Promover o conforto do bebé Papel dos pais

Curso de Mestrado de Enfermagem De Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular-Estágio
3º Semestre (2015/2016) - Turma 7

REALIZADO POR SÓNIA CARVALHO
SOB ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRA
ESPECIALISTA NEUSA PEDROSA E
PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA
LOURENÇO

Objetivo Geral

- Sensibilizar a importância do papel dos pais na promoção do conforto do bebé recém-nascido.

Objetivos Específicos

- Definir dor;
- Definir dor no recém-nascido;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, possíveis de serem realizadas pelos pais.

Dor – o que é?

"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: s.p.)



Fonte imagem: www.google.pt

O meu bebé sente dor?

SIM

- 7ª semana de gestação - O sistema nervoso responsável pela transmissão da dor está desenvolvido
- 20ª semana de gestação - As vias anatómicas da transmissão de dor encontram-se espalhadas pelo corpo

(FARIAS *et al.*, 2011; VERONEZ & CORRÊA, 2010)



Todo o recém-nascido sente dor

Dor no recém-nascido prematuro

O recém-nascido prematuro pode sentir **mais** dor que bebé um bebé de termo



Cada estímulo novo não é inibido, mas sim ampliado

(VERONEZ & CORRÊA, 2010)

Consequências da dor no recém-nascido

A aplicação de estímulos dolorosos de forma prolongada poderá levar a consequências a longo prazo, como:

- Alterações cerebrais
- Alterações comportamentais

(FARIAS *et al.*, 2011; VERONEZ & CORRÊA, 2010)



Fonte imagem: www.google.pt

Como noto que o meu bebé tem dor?

O bebé não fala, mas ele demonstra o seu desconforto através de

Alterações fisiológicas

- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da frequência respiratória
- Aumento da tensão arterial
- Diminuição da saturação de oxigénio



Fonte imagem: www.google.pt

Alterações comportamentais

- Expressão facial
- Inquietude
- Choro



(MATSUDA *et al.*, 2013)

O que posso fazer?

Os pais têm um papel muito importante



Fonte imagem: www.google.pt

Colaboração com os enfermeiros na aplicação de estratégias não farmacológicas

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor

"São um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente"

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013: 36)

- Sucção não nutritiva
- Contenção e posicionamento
- Método Canguru
- Massagem
- Música terapêutica

Sucção não nutritiva

- Inibe a hiperatividade do recém-nascido e ajuda a reorganizar-se. Durante os movimentos rítmicos há libertação de serotonina.

- A analgesia só é eficaz com movimentos ritmados e com 30 sucções por minuto.

(AQUINO & CHRISTOPPEL, 2010)



Fonte imagem: www.google.pt

Contenção e posicionamento

- Ajuda a reorganizar-se.
- A contenção deve ser mantida 10 minutos após o procedimento ou até que o bebé recupere.

(MATSUDA *et al.*, 2013)



Como enrolar o cueiro (pano)



Fonte imagem: www.google.pt

Método Canguru

"A criança permanece em contato direto com a pele de um adulto" (FARIA *et al*, 2011) preferencialmente os pais.

Promove o vínculo pais-bebê;

Reduz significativamente:

- Duração do choro
- Atividade comportamental



Fonte imagem: www.google.pt

(ORDEN DOS ENFERMEIROS, 2013)

Massagem

- A massagem pode "reduzir as sensações dolorosas e promover o relaxamento muscular" e assim promover de forma eficaz o alívio da dor.

(FARIAS *et al*, 2011)

- Promove o vínculo entre pais-bebê.



(PONTE, 2014: 122-123)



Fonte imagem: www.google.pt

Música terapêutica

- "A resposta neurológica ao estímulo auditivo provoca a busca de um senso de ordem" (FARIAS *et al*, 2011) e consequentemente uma sensação de bem-estar.



Fonte imagem: www.google.pt

Conclusão

A dor é um sintoma subjetivo, ou seja, cada pessoa sente a dor à sua maneira. No caso dos recém-nascidos conclui-se que também sentem dor e que relativamente aos prematuros sentem ainda mais dor.

As estratégias não farmacológicas são um importante recurso de modo a reduzir a dor e promover o conforto nos recém-nascidos.

Os pais têm um importante papel, neste âmbito, pois poderão colaborar na aplicação destas estratégias. Desta forma, os enfermeiros promovem o papel parental, aumentam o vínculo na triade e promovem o conforto da criança.



Fonte imagem: www.google.pt

Bibliografia

- APED. Associação Portuguesa para o Estudo da dor. Acesso em Maio de 2015: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>
- FARIAS, Leticia Martins; *et al*. (2011). **Cuidados de Enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa**. Fortaleza. Revista RENE. Out-Dez. Vol. 12, nº. 4: p. 866-874
- MATSUJIMA, Márcio Roni; *et al*. (2013). **Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Dev-Rev. Vol. 3, nº. 1: p. 39-43
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013). **Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança**. Ordem dos Enfermeiros. Caderno OE. Série 1 nº6. ISBN 978-989-8444-23-3
- PONTE, Dalva. (2014). **A Arte de Cuidar do Recém-Nascido – Livro de Apoio aos Pais**. Laviada. Cloudymorning. ISBN: 978-989-992710-1-4
- VERONEZ, Marly; CORRÊA, Dorci Aparecida Martins. (2010). **A dor e o recém-nascido: percepção dos profissionais de enfermagem**. Brasil. Cogitare Enferm. Abr-Jun, vol. 15 nº. 2: p. 263-270

APÊNDICE XXVII – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Logotipo da Instituição



Promover o conforto do bebé O Papel dos pais

DIA 13 DE DEZEMBRO DE 2015 ÀS 16H

SALA DOS PAIS

DESTINATÁRIOS: PAIS

**REALIZADO POR ESTUDANTE DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:
SÓNIA CARVALHO**

SOB ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRA ESPECIALISTA NEUSA PEDROSA E PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA LOURENÇO

APÊNDICE XXVIII - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “PROMOVER O CONFORTO DO BEBÊ –
PAPEL DOS PAIS”

Logotipo da Instituição

Plano de Sessão de Formação

Tema: Promoção do conforto do bebé – O papel dos pais

Destinatários: Pais dos bebés internados no Serviço de Neonatologia de um Hospital Central da área de Lisboa

Formador: Sónia Carvalho

Orientação: Enfermeira Neusa Pedrosa e Professora Doutora Margarida Lourenço

Objetivo geral:

- Sensibilizar a importância do papel dos pais na promoção do conforto do bebé recém-nascido.

Objetivos específicos:

- Definir dor;
- Definir dor no recém-nascido;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, possíveis de serem realizadas pelos pais.

Data: 13 de Dezembro de 2015

Materiais e equipamentos a utilizar: Computador e projetor

	Conteúdos	Metodologia	Materiais Pedagógicos/ Equipamentos	Avaliação	Tempo
Introdução	Definição de objetivos	Expositivo	Diapositivos Computados Projeter		2 min
Desenvolvimento	Definição de dor; Dor no recém-nascido Estratégias não farmacológicas no alívio da dor, que os pais possam utilizar e colaborar com os enfermeiros.	Expositivo	Diapositivos Computador Projeter		10 min
Conclusão	Sínteses Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Esclarecimento de dúvidas	Diapositivos Computador Projeter	Folha de avaliação do formador	5 min

APÊNDICE XXIX - QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

- Avaliação da sessão e do formador pelos formandos
- Avaliação da sessão pelo formador

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: _____

Nome do formador: _____

Local: _____ **Data:** _____

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 global da formação	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – Globalmente a formação agradou-lhe?				
2 – As suas expectativas foram atingidas?				
3 – Os objetivos da sessão foram atingidos?				
4 - A duração da formação foi adequada?				
5 - O horário da formação foi adequado?				

Avaliação do formador	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
6 - Facilidade de transmissão de conhecimentos.				
7 - Interação com o grupo.				
8 - Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				
9 - Gestão do tempo e pontualidade.				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

Avaliação da Sessão de Formação pelo formador

Tema: _____

Nome do formador: _____

Local: _____ **Data:** _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião.

Avaliação global da formação em relação ao grupo de formandos	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – O grupo de formandos foi homogéneo?				
2 – A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?				
3 - Os resultados de aprendizagem atingiram as expectativas?				
4 - Os métodos utilizados pelo formador foram os mais indicados?				
5 - O formador conseguiu criar empatia com os formandos?				

Avaliação da duração da sessão	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6 - Considera que a duração da sessão de formação foi a adequada?				
7 - A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?				
8 - Houve cumprimento do horário pelos formandos?				
9 - Houve cumprimento do horário pelo formador?				

Avaliação em relação à organização	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
10 - Considera as instalações apropriadas?				

11 - O material pedagógico e o equipamento de suporte foram os indicados?				
12 - O apoio administrativo foi o adequado?				
13 - A disposição da sala era a mais adequada?				

Avaliação global da sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1 - As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?				
2 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, esta sessão?				
3 - Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia, o grupo de formandos?				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XXX - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Questão		Respostas															
Avaliação Global da Formação		Dia 13-12-2015												Média	Média		
1	Globalmente a formação agradou-lhe?	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3,8	Concordo totalmente		
2	As suas expectativas foram atingidas?	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3,3	Concordo		
3	Os objetivos da sessão foram atingidos?	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3,6	Concordo totalmente		
4	A duração da formação foi adequada?	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3,6	Concordo totalmente		
5	O horário da formação foi adequado?	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	3	3,5	Concordo totalmente		
Avaliação do Formador																	
6	Facilidade de transmissão de conhecimentos	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3,7	Muito Bom		
7	Interação com o grupo	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3,7	Muito Bom		
8	Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	4	4	4	3	3	4	4	4	4	2	4	4	3,7	Muito Bom		
9	Gestão do tempo e pontualidade	4	4	3	3	3	3	4	4	3	2	4	4	3,4	Bom		

Questão		Respostas		Média
Avaliação Global da Formação pelo formador		13/12/2015	Média	
1	O grupo de formandos foi homogéneo?	2	2,0	Discordo
2	A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi a esperada?	4	4,0	Concordo totalmente
3	Os resultados de aprendizagem atingiram as expetativas?	4	4,0	Concordo totalmente
4	Os métodos utilizados pelo formador foram os mais indicados?	4	4,0	Concordo totalmente
5	O formador conseguiu criar empatia com os formandos?	4	4,0	Concordo totalmente
6	Considera que a duração da sessão foi a adequada?	4	4,0	Concordo totalmente
7	A carga horária foi a ideal ou a mais apropriada?	4	4,0	Concordo totalmente
8	Houve cumprimento do horário pelos formandos?	2	2,0	Discordo
9	Houve cumprimento do horário pelo formador?	4	4,0	Concordo totalmente
10	Considera as instalações apropriadas?	3	3,0	Concordo totalmente
11	O material pedagógico e o equipamento de suporte foram os indicados?	4	4,0	Concordo totalmente
12	O apoio administrativo foi o adequado?	4	4,0	Concordo totalmente
13	Facilidade de transmissão de conhecimentos	3	3,0	Concordo
Avaliação global da sessão				
1	As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidas?	4	4,0	Muito Bom
2	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia esta sessão?	4	4,0	Muito Bom
3	Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia o grupo de formandos?	4	4,0	Muito Bom