



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A DOR NA CRIANÇA E FAMÍLIA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Andreia Miranda Germano da Costa Mota

LISBOA, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A DOR NA CRIANÇA E FAMÍLIA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Andreia Miranda Germano da Costa Mota

Sob orientação de Ex.^a Sr.^a Prof. Elisabete Nunes

LISBOA, Junho de 2011

RESUMO

O presente relatório pretende descrever o meu processo de aprendizagem, no âmbito da Unidade Curricular Estágio, que se iniciou com o desenvolvimento de um Projecto Individual de Estágio, subordinado ao tema “A Dor na Criança/Família”, pretendeu-se durante o estágio, contribuir para o desenvolvimento de competências no âmbito da assistência à criança/família com dor, através do alívio e minimização desta, no âmbito das funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

A valorização da dor na criança tem vindo a crescer, reconhecendo-se que a criança aprende, desde cedo, o sentido de dor, no entanto, algumas crenças persistem, influenciando muitas vezes os cuidados à criança. Existe um conjunto de intervenções que desempenhadas por todos os que cuidam da criança, tais como, pais ou profissionais de saúde, contribuem de forma decisiva para a diminuição e alívio da dor face procedimentos invasivos.

A teórica que norteou este percurso foi Katharine Kolcaba, e a sua Teoria do Conforto (1994), que se centra nas necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto ao nível físico, ambiental, psico-espiritual e sociocultural. A escolha desta teórica deriva do facto da dor poder ser interpretada e explicada pela estrutura taxonómica do conforto defendida pela autora.

As necessidades da criança/família foram essenciais na avaliação inicial e permitiram-me realizar um diagnóstico de situação, a partir do qual pude planear actividades fundamentadas na experiência de saúde individual e humana do utente pediátrico

Destaco o desenvolvimento das seguintes actividades: no âmbito dos cuidados de saúde primários, a implementação de estratégias de alívio da dor perante o diagnóstico precoce e a vacinação; na neonatologia, o “*Banho Enrolado*” e, em contexto da urgência pediátrica, a implementação da avaliação da dor e a operacionalização de um conjunto de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança/família.

Neste processo formativo desenvolvi competências técnicas, científicas, relacionais e ético-morais que me permitem o cuidado especializado em enfermagem avançada à criança e família, impulsionando o meu crescimento e desenvolvimento, com finalidade de diminuir a dor e ansiedade face aos procedimentos invasivos e assim atingir a excelência do cuidar, sendo isto, que se espera de um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Dor, Conforto.

ABSTRACT

This report aims to describe my learning process during the nursing internship course that began with the development of an individual project that aimed to "Pain in Child / Family" and aimed to contribute to the development of skills in scope of advanced nursing in child care / family with pain, through the relief and minimization of pain, within the tasks assigned to the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

The knowledge concerning pain in children has been receiving more recognition and it is accepted that children learn early on the meaning of pain, however, some beliefs persist, often influencing child care. A number of interventions performed by everyone who cares for the child such as parents or health professionals, contribute decisively to the reduction and pain relief over invasive procedures.

The theoretical principles underlying the work presented, was Katharine Kolcaba, and her Theory of Comfort (1994), which focuses on healthcare needs such as physical comfort, environmental, psycho-spiritual and cultural needs. The choice of this theory derives from the fact that pain can be interpreted and explained by the taxonomic structure of comfort defended by Kolcaba.

The needs of the child / family, were essential in the initial evaluation, allowing me to diagnose the situation. Thus, planning of activities was defined with a base grounded in the child's individual experience of health. I will highlight the development of the following activities within the primary health care strategies for pain relief before the early diagnosis and vaccination in the neonatal implementation of the "Wrapped Bath" and in the context of the implementation of emergency pediatric pain assessment and of non-pharmacological strategies for pain relief in children / family.

In this formative process, I developed technical, scientific, moral, ethical and relational skills that allow me to care as a specialized advanced nurse for the child and family, contributing to my growth and development, aiming to reduce the pain and anxiety of the child in situations of invasive procedures and thus achieve excellence of care, and this, is what is expected of a Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

Keywords: Nurse Specialist in Child Health Nursing and Pediatrics, Pain, Comfort.

AGRADECIMENTOS

À Professora orientadora Elisabete Nunes pela disponibilidade e orientação durante este percurso.

As minhas companheiras e amigas Mara Lourenço e Sónia Patrício pelo companheirismo e partilha.

Aos orientadores de estágio: Enf. Cândida Pereira, Enf. Graça Roldão e Enf. Lília Alves pela partilha de conhecimentos e ajuda na concretização dos objectivos.

A todas as crianças.

Aos enfermeiros com quem partilhei este caminho, pela ajuda e espírito crítico.

À minha família, ao Fábio e aos meus amigos por me apoiarem e acreditarem em mim.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CECD – Centro de Educação ao Cidadão com Deficiência

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EMLA - Eutetic Mixture of Local Anesthetics

HSM – Hospital Santa Maria

N.º – Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

P. - Página

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UP – Urgência Pediátrica

USFC – Unidade de Saúde da Castanheira

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	9
1 – A DOR NA CRIANÇA E FAMÍLIA	12
2 – PERCURSO PRÁTICO DE FORMAÇÃO	18
2.1 – Modulo I - Cuidados de Saúde Primários.....	19
2.1.1 – Caracterização dos Recursos da Comunidade	19
2.1.2 – Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas	19
2.1.3 - Caracterização do Centro de Saúde	22
2.1.4 - Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas	23
2.2 – Modulo II – Internamento Pediátrico - Creditação.....	38
2.3 – Modulo III - Neonatologia e Urgência Pediátrica.....	39
2.3.1 - Caracterização Unidade de Cuidados Especiais ao Recém Nascido	39
2.3.2- Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas	40
2.3.3 – Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica	46
2.3.4 - Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas	47
3 – CONCLUSÃO	55
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	65
ANEXO I – Guia da Consulta de Saúde Infantil	66
ANEXO II – “Caixa Mágica”	75
ANEXO III – Manual de utilização da “Caixa Mágica”	77
ANEXO IV – Folheto – Prevenção/Redução da Dor Durante a Realização de Vacinas nas Crianças	91
ANEXO V – Protocolo de Utilização da Sacarose	94
ANEXO VI – Manual de Estratégias de Alívio da Dor da USFC	102
ANEXO VII – Formações em Serviço/Centro de Saúde – Estratégias de Alívio da Dor na Criança	136
ANEXO VIII – Protocolo da Técnica do Banho Enrolado	159
ANEXO IX – Formação em Serviço/ Neonatologia - Banho Enrolado	164
ANEXO X – Manual da Implementação da Avaliação Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica	179

ANEXO XI – <u>Formação em Serviço/Serviço de Urgência Pediátrica - Implementação da Avaliação</u>	
<u>Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica</u>	215
ANEXO XII – <u>Manual Operativo de Enfermagem – Norma das Estratégias Não Farmacológicas</u>	
<u>de Controlo da Dor</u>	233

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura Taxonómica do Conforto	16
----------------------------------------------------------	----

O - INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa (UCP), com o objectivo de descrever e analisar detalhadamente o meu percurso formativo e a aquisição e/ou desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), durante a Unidade Curricular Estágio.

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

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

O enfermeiro especialista deve assim atingir um grau de proficiência que lhe permita reconhecer situações complexas e saber agir perante estas, conquistando gradualmente o título de perito. Segundo BENNER (2001, p.58) perito é aquele que

“(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis. (...) age a partir da compreensão profunda da realidade.”

Segundo FREITAS et al (2006, p.80) *“(...) para que a assistência tenha uma base referencial filosófica e de cuidado é de fundamental importância que as enfermeiras conheçam com maior profundidade a teoria e/ou modelo teórico que pretendem eleger como fundamento para o Cuidar”*. Assim, de forma a garantir a qualidade e visibilidade dos cuidados, contribuir para o desenvolvimento da autonomia da Enfermagem e uma maior valorização do nosso papel, é necessário um referencial teórico que sustente a prática da profissão. Este trabalho tem como tema central a Dor na Criança e Família, tendo por base a Teoria do Conforto de Katharine

Kolcaba (1994), que se centra nas necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto ao nível físico, ambiental, psico-espiritual e sociocultural, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. A escolha desta teórica deriva do facto da Dor poder ser interpretada e explicada pela estrutura taxonómica do conforto defendida por Kolcaba.

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto da criança/família com dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto e aliviar a sua dor. A minha inquietude perante a dor, resulta do facto, desta constituir uma prioridade para todos os profissionais e instituições de saúde, especialmente, aqueles que trabalham com crianças.

O EESIP assume um papel activo no desenvolvimento de estratégias de alívio da dor na criança/família de forma a dar uma assistência adequada às crianças com dor em qualquer etapa da sua vida.

“Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (REPE, art. 9º, nº2)

Desta forma, a avaliação da dor, a sua prevenção, tratamento e a instituição de protocolos de actuação que visem a implementação de medidas de intervenção não farmacológicas e farmacológicas, impõem-se como normas de boa prática para a prestação de cuidados de qualidade e, os enfermeiros, no exercício autónomo da sua profissão, podem e devem implementar medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

Cabe ao EESIP, fazer uma “...gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” (OE, 2009, p.22). Centrar-se na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, mobilizando “(...) recursos para cuidar da criança / jovem e família em situações de particular exigência” (idem ibidem, 2009, p.22).

O Estágio decorreu em dois módulos, sendo o Módulo I, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários na Unidade de Saúde da Castanheira (USFC), (de 26 de Abril a 18 Junho de 2010) antecedido por um período de observação no Centro de Educação ao Cidadão com Deficiência (CECD) como recurso da comunidade. (de 19 a 21 de Abril de 2010).

O Módulo II, referente ao contexto de Internamento Pediátrico, foi-me atribuída creditação por cumprir as exigências do disposto no Regulamento Geral dos Mestrados de Enfermagem de Natureza Profissional da UCP.

O Módulo III em contexto de Neonatologia decorreu no Hospital de Santa Maria (HSM) (de 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010); e a parte correspondente à Urgência Pediátrica (UP),

no Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV) (de 25 de Outubro de 2010 a 25 de Novembro de 2010).

As escolhas dos locais de Estágio basearam-se nas disponibilidades apresentadas pela UCP, de acordo com os hospitais protocolados para o efeito e as minhas preferências pessoais. Contudo, houve alguns factores preponderantes na escolha destes locais. Nos cuidados de saúde primários optei pela USFC por ser um local de estágio onde eu poderia desenvolver uma série de actividades de forma a contribuir para uma melhoria dos cuidados à criança/família com dor. A neonatologia do HSM por já conhecer o contexto através de um estágio profissional e saber que iria ser um grande desafio para o desenvolvimento do meu projecto. A urgência pediátrica foi realizada em contexto de trabalho uma vez que tive a oportunidade de desenvolver um projecto no meu local de trabalho, sendo uma forma de avaliar o feedback do meu trabalho a longo prazo.

Todo este percurso contribuiu para uma melhoria dos cuidados de saúde à criança, família e comunidade, através da aquisição de competências de natureza técnica, científica, humana, cultural e ética.

A metodologia utilizada na realização deste relatório é descritiva e reflexiva, tendo por base estratégias como, a pesquisa bibliográfica, a observação, o planeamento e execução de actividades, a realização de entrevistas informais às orientadoras de Estágio e equipa multidisciplinar, assim como a partilha de experiências e conhecimentos no âmbito do percurso formativo, privilegiando a evidência científica. A elaboração de um portfolio ao longo deste percurso, permitiu-me criar um conjunto de documentação que foi fundamental para estruturar e orientar este trabalho.

Este documento apresenta-se estruturado da seguinte forma: inicialmente apresento a justificação do tema, fazendo uma síntese do enquadramento teórico e a sua pertinência em termos académicos, salientando a teoria que suportou as minhas intervenções na prática; seguidamente a apresentação dos locais de estágio com a descrição e análise das actividades desenvolvidas e competências especializadas adquiridas; por último apresento a conclusão, onde se encontra um breve resumo do impacto deste percurso na minha formação como EESIP, bem como dificuldades e sugestões para melhoria futura.

1 – A DOR NA CRIANÇA E FAMÍLIA

A dor é uma experiência que se inscreve desde cedo, na história do Homem, induzindo o seu comportamento e tornando-se uma experiência única e singular. Embora a sua acção possa ser benéfica defendendo a integridade do indivíduo e alertando-o para certas precauções, a existência de dor interfere com a sua qualidade de vida.

A palavra dor deriva do latim "*poena*" que significa castigo, punição, pena (ATKINSON e MURRAY, 1989). A Internacional Association for the Study of Pain (IASP, 1994, p.3) considera a dor como "*uma experiência sensitiva e emocional desagradável, relacionada com uma lesão tecidual ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*", que deve ser analisado em duas vertentes: uma de quem a vive, e outra de quem a tenta interpretar e tratar.

A análise desta definição, caracteriza o conceito de Dor como um fenómeno físico-sensorial, ou seja, como uma reacção a um estímulo doloroso periférico (ex: lesão de tecidos, localizável), mas também como um fenómeno multidimensional, que envolve componentes sensitivos (ex: desconforto), emocionais (ex: medo, ansiedade), psicológicos (ex: dor por antecipação, sentimento de perda), afectivos, ambientais e cognitivos da pessoa. Desta forma, a dor interfere no bem-estar pessoal, nas relações sociais e familiares, no desempenho das actividades diárias, influenciando a qualidade de vida de cada um... Ela marca de forma variável a construção psicológica e social da pessoa (FERNANDES, 2000).

A Dor é um tema amplamente discutido e suportado por diferentes entidades nacionais. Em 2003, a Direcção Geral de Saúde (DGS), define a Dor como o 5º sinal vital e em 2008 foi implementado o Programa Nacional de Controlo da Dor, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, que transmite orientações genéricas para o controlo desta.

O alívio da dor é um direito que assiste a quem dela padece, independentemente da sua idade. Esta noção é particularmente importante quando se trata de crianças, uma vez que elas apreendem a dor, quer física quer emocional, como um castigo pelo seu mau comportamento. Contudo, nem sempre se valorizou a dor e o sofrimento da criança. Em parte, porque esta nem sempre tem capacidade de o verbalizar, mas também devido à existência de mitos e ideias erradas acerca deste tema.

Actualmente esta desvalorização já não é tão evidente, reconhecendo-se que a criança aprende, desde cedo, o sentido de dor. A tentativa de aumentar conhecimentos na área da fisiopatologia, semiologia e terapêutica da dor, cresceu exponencialmente e determinadamente, sobretudo a partir dos meados do século passado. Segundo CASTRO LOPES (2003, p.1), "*Uma pesquisa bibliográfica na Medline demonstrou que nos últimos dez anos foram publicados mais de 110000 artigos sobre dor, o que representa mais de 40 novos artigos por cada dia de trabalho*".

O investimento tem sido enorme, pela noção de que a dor continua a constituir uma das principais causas de procura, por parte da população em geral, de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, e por o seu tratamento inadequado, para além dos custos económicos que acarreta, constituir um sofrimento eticamente inadmissível.

O aumento de acidentes nas crianças, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, os tratamentos cada vez mais agressivos e invasivos e, o número de crianças que actualmente sobrevivem com uma deficiência crónica, tornaram o problema da dor extremamente preocupante e alvo de reflexão por parte da equipa de saúde. No entanto, algumas crenças persistem, influenciando por vezes os cuidados à criança.

No atendimento da criança e família vários são os factores para os quais o enfermeiro deve estar desperto, nomeadamente :

- ➔ Estádios de desenvolvimento infantil que limitam a capacidade de comunicação e interpretação da dor;
- ➔ Medo e ansiedade;
- ➔ Investigação e teorização limitada da dor em pediatria;
- ➔ Escassez de instrumentos válidos e seguros para o diagnóstico da dor;
- ➔ Percepção da dor na criança feita pelos profissionais de saúde, dando-se pouca importância ao sujeito/criança. (BURR, 1988)

A hospitalização, especificamente, gera uma realidade onde diversos tipos de dor são sentidos e vividos quer pela criança, que sofre devido à doença, ao tratamento, a todos os procedimentos técnicos a que é submetida e à separação dos seus pais e do seu ambiente familiar, bem como pela sua família que presencia o seu sofrimento e afastamento, sofrendo pelo sentimento de impotência e culpa.

"A dor e a antecipação da dor geram na criança hospitalizada ansiedade e medo (...) traduzindo-se em alterações de comportamento. Neste sentido, a dor causada por procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos na criança deve ser diminuída" (DGS, 2001, p.33).

Dentro dos elementos de uma equipa de saúde, o enfermeiro é o profissional que tem um contacto mais próximo e prolongado com a criança. Esta relação privilegiada acarreta uma responsabilidade acrescida na promoção e manutenção do seu bem-estar. Ao cuidar a criança com dor, o enfermeiro adopta uma intervenção farmacológica e/ou não farmacológica.

A intervenção farmacológica assenta na prevenção e gestão da dor onde são utilizadas técnicas farmacológicas, que implicam intervenções interdependentes, ou seja, uma complementaridade funcional em resultado de um plano previamente formalizado por outro

profissional de saúde, em relação ao qual o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação.

Embora a prescrição terapêutica não seja da competência do enfermeiro, ele é responsável pela sua administração, o que pressupõe o conhecimento do medicamento que administra, das doses pediátricas recomendadas, da via de administração, bem como os eventuais efeitos secundários esperados. A responsabilidade profissional do enfermeiro perante a administração da terapêutica, da promoção da segurança da criança/família reflecte-se na qualidade dos cuidados prestados relativamente ao alívio da dor, pressupõe que os enfermeiros registem as doses de fármacos administradas, observem as reacções dos doentes após a administração farmacológica, bem como associem estratégias não-farmacológicas de alívio da mesma.

Por outro lado, a intervenção não farmacológica, que não sendo substituta da farmacológica mas sim complementar, baseia-se em estratégias gerais e específicas que são eficazes na maioria das crianças, dependendo das características de cada uma, tais como da sua personalidade, gostos e preferências, ambiente social em que se inserem, características familiares, idade, sexo, tipo de doença e da forma como a criança compreende a doença e reage à dor (WONG, 1999). As intervenções não farmacológicas, ambientais e comportamentais, podem ser adoptadas isoladamente, associadas entre si, ou associadas a intervenções farmacológicas, de modo a potenciar os seus efeitos (GASPARDO, 2006). Estas intervenções têm a especial vantagem de, na sua grande maioria, comportarem efeitos adversos mínimos (DÍAZ-GOMEZ et al, 1999).

GAÍVA e DIAS (2002) referem que o tratamento da dor se deve iniciar pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica. As estratégias não-farmacológicas associadas às farmacológicas proporcionam, como referem RUSY e WEISMAN (2000), a redução da percepção da dor, tornam a dor tolerável, diminuem a ansiedade e aumentam a eficácia dos analgésicos e permitem ainda, reduzir a sua dosagem. Para além disto, a comunicação prévia ao acontecimento doloroso com a criança/família permite ainda identificar importantes estratégias não-farmacológicas que podem ser mobilizadas durante os procedimentos dolorosos.

Quando falamos em dor e sua prevenção, não podemos dissociá-lo do Conforto, estando este ligado paralelamente, uma vez que é mais fácil prevenir a dor do que intervir quando ela já está instalada; a prioridade é prever situações potenciais de dor e desconfortáveis para a criança e desenhar intervenções diversas em prol do seu bem-estar e conforto. Conforto é um termo com ampla presença na história de enfermagem, já utilizado por Florence Nightingale. Entre 1900 e 1929, teve um grande destaque na enfermagem, uma vez que através do conforto conseguia-se a recuperação do doente. (DOWD, 2004).

O termo conforto é, frequentemente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros, aparecendo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa. Não obstante o consenso sobre a sua

centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão. Existem várias teorias de enfermagem que deixam transparecer diferentes perspectivas do conforto.

Kolcaba vem se dedicando à elucidação da origem e do significado do termo conforto com a finalidade de esclarecer o seu uso na prática, pesquisa e teoria de enfermagem. Define necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocados por tensão. Kolcaba, considerou o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o stresse.

O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (KOLCABA, 1994). O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. (idem ibidem, 1994)

Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto "psicoespiritual" à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior e o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio. (idem ibidem, 1994)

Mas apesar de Kolcaba ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após uma intervenção de enfermagem, reconhece que a arte de enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. Uma forma de arte de enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um processo de acções confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos pacientes. O cuidado de conforto requer, quer um processo de acções confortantes, quer o resultado dessas acções. (idem ibidem, 1994)

Como já referido podem-se então extrapolar os três tipos ou estados de conforto considerados pela teórica, "*alívio – estado de ter um desconforto abrandado ou aliviado; tranquilidade – ausência de desconforto específico; transcendência – capacidade de superar os desconfortos quando eles não podem ser erradicados ou evitados*" (KOLCABA E DIMARCO, 2005, p.188).

Ao se transpor os três estados de conforto com os quatro contextos em que ele pode ocorrer, obtemos uma grelha de doze células com duas dimensões, designada de estrutura taxonómica do conforto, representada na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Estrutura Taxonómica do Conforto

Tipos/ Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Social			
Ambiental			

FONTE: KOLCABA E DIMARCO. Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. 2005. 187-194. Consultado em 5 de Abril de 2011] Acessível em http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html. ISSN: 0882-5963

As doze células da estrutura taxonómica representam os aspectos relevantes do conforto e demonstram a sua natureza holística: qualquer necessidade de conforto de um indivíduo tem um lugar nesta estrutura, e qualquer intervenção de enfermagem direccionada para um aspecto do conforto reflecte-se indirectamente em qualquer outro (KOLCABA, 1994). O conforto designa o estado dinâmico e multifacetado de uma pessoa. A Teoria do Conforto já deu importantes contributos a enfermagem e está sustentada para o uso bastante difundido na disciplina, promovendo o cuidado centrado no doente, conseguindo prever os benefícios das medidas (intervensões) de conforto eficazes para a melhoria do mesmo.

A par da obrigação profissional em proporcionar conforto e aliviar o sofrimento, "(...) o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto de doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspectiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia (...) de controlo da dor." (PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR, 2001, p.49). Kolcaba diz-nos que o fim último da promoção do conforto é fortalecer os indivíduos para que estes se envolvam na procura dos comportamentos promotores de saúde. Confortar o indivíduo enquadra-se dentro do objectivo da profissão de enfermagem, sendo este "prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" (n.º1 do Artigo 4.º do DL 161/96). Assim, através da prática de enfermagem com enfoque nas necessidades do conforto do indivíduo, conseguem-se ganhos em saúde, respondendo ao Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (OE, 2007, p.10).

Os estudos de Katharine Kolcaba sobre o conforto, compilados numa teoria de enfermagem de médio alcance (1994-2003), suscitaram o interesse em aplicar os conceitos da Teoria do Conforto à prática de enfermagem pediátrica. Cuidar da criança com dor e proporcionar-lhe todo o conforto possível é, assim, um agir intencional que implica uma relação interpessoal mas também uma perícia no desempenho técnico. O enfermeiro ao cuidar da criança com dor

promove uma atenção particular sobre ela, reforçando o seu conforto, a sua segurança e a sua confiança, ao mesmo tempo que demonstra por ela atenção e afecto, reconhecendo as suas reacções de dor, quer elas sejam comportamentais, fisiológicas ou emocionais.

O EESIP, como profissional com

“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007, p.15).

deve ser capaz de apreender a abrangência do conforto e os benefícios da sua prática. Para isso, assume um papel fundamental no desenvolvimento e utilização de estratégias de alívio da dor na criança, de modo a obter a sua colaboração e a da família, promovendo medidas de alívio da dor e conforto nos cuidados de enfermagem, de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Desta forma, a prática do EESIP vai ao encontro da

“promoção de saúde, supervisão de saúde, prevenção e gestão da doença, incluindo a avaliação dos clientes, a classificação dos dados e a aplicação de uma prática avançada. O enfermeiro conduz e aplica a investigação, advoga, é agente de mudança, envolve-se na gestão de sistemas e avalia e intervém em problemas de cuidados de saúde complexos na respectiva especialidade clínica.” (OE, 2009, p.21).

Ao longo do Estágio, a minha actuação enquanto futura EESIP, centrou-se na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, mobilizando *“(...) recursos para cuidar da criança / jovem e família em situações de particular exigência”* (OE, 2009, p.22). Nos diferentes módulos, foi dado ênfase ao conforto físico, ambiental, e social adoptando estratégias que convergem para a prática de enfermagem avançada nos cuidados em saúde infantil e pediatria. A gestão destas medidas é, naturalmente, um dever ético do enfermeiro, um direito dos doentes e uma condição indispensável à necessária humanização das unidades de saúde.

2 – PERCURSO PRÁTICO DE FORMAÇÃO

Neste capítulo apresento o objectivo comum para os diferentes módulos, os locais de estágio e objectivos específicos definidos em cada um deles, seguido das actividades desenvolvidas. Por fim, realizo uma análise crítica dos objectivos, actividades desenvolvidas e competências adquiridas, pois o EESIP deve ser capaz de reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica. (UCP, 2008).

Tendo em conta as funções do EESIP no alívio da dor na criança/família ao longo dos dois módulos de estágio, defini como objectivo geral e transversal:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família, através do alívio e minimização da dor, nos diferentes contextos da prática profissional, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

A valorização da dor na criança tem vindo a crescer, reconhecendo-se que a criança aprende, desde cedo, o sentido de dor, no entanto, algumas crenças persistem, influenciando muitas vezes os cuidados à criança. Apesar da dor fazer parte da natureza e da condição humana, a relação entre a dor e o sofrimento justificam, no plano ético, a realização de esforços para o alívio da mesma e “(...) *a dor é qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*”. PHIPPS (1995, p.303)

A meta a atingir é o alívio da dor. Para tal, vários autores defendem a utilização de meios farmacológicos e não farmacológicos que permitam um correcto alívio da dor, com a finalidade de reduzir a ansiedade da criança e da sua família, melhorar a sua qualidade de vida e permitir que a criança desempenhe com normalidade as suas actividades de vida e que tenha energia para a recuperação (WONG, 1999; BARROS, 2003).

Como já referido anteriormente, a teoria que guiou o meu caminho ao encontro do alívio da dor na criança/família foi a Teoria do Conforto (1994) de Katharine Kolcaba. Da Teoria do Conforto destaco alguns contextos que conduziram ao trabalho desenvolvido, sendo dada ênfase aos contextos físico e ambiental nos módulos I e III respectivamente. No módulo I, foi destacado ainda o contexto social da criança/família.

O EESIP assume um papel activo e fundamental no alívio da dor, promovendo assim o desenvolvimento de medidas de conforto na criança/família e a sua colaboração nas mesmas. Assim, para garantir este direito que a criança tem, é fundamental que o EESIP desempenhe um papel activo, pois cabe-lhe fazer uma “...*gestão diferenciada da dor e do bem-estar da*

criança, *optimizando as respostas*" (OE, 2009, p.22). Competências no âmbito do alívio da dor são uma das vastas competências exigidas ao EESIP.

2.1 – Módulo I – Cuidados de Saúde Primários

O Módulo I teve uma duração de 180 horas, sendo realizado no Centro de Educação ao Cidadão Deficiente (CECD) de Mira Sintra e na Unidade de Saúde da Castanheira (USFC),

2.1.1 – Caracterização do Local de Estágio - CECD Mira Sintra

O CECD Mira Sintra é uma cooperativa de solidariedade social, reconhecida como instituição de utilidade pública, sendo assim uma entidade pública sem fins lucrativos. Foi fundada em 1976 por pais e técnicos. Desde o início que os saberes e experiência de uns e outros estão presentes na gestão da cooperativa. Atende mais de oito centenas de crianças, jovens e adultos que precisam de apoios especializados, devido a perturbações no seu desenvolvimento e/ou défice acentuado no seu rendimento escolar, laboral ou social e o seu âmbito de acção estende-se prioritariamente ao Concelho de Sintra.

Dispõe de estruturas diferentes, em espaços diferentes, com programas específicos e equipas multidisciplinares, adaptadas às necessidades e características da população atendida. É constituída por: Escola de Educação Especial, Unidade Integrada de Intervenção Precoce na Infância, Centro de Actividades Ocupacionais, Centro de Formação Profissional, Centro de Medicina e Reabilitação, Unidade de apoio a família e Centro de emprego protegido. O CECD pretende ser uma Organização de referência, numa sociedade inclusiva, promovendo a Igualdade respeitando a Diferença.

A equipa é constituída por Director Executivo, Psicólogo, Técnico Superior de Serviço Social, Professor de Educação Física, Professor de Ensino Básico, Educador de Infância, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Auxiliar Pedagógico de Ensino Especial, Vigilante com Funções Pedagógicas.

O estágio decorreu nos dias 19, 20 e 21 de Abril de 2010 no CECD.

2.1.2 – Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas

O objectivo definido para este local de estágio foi:

- Compreender a dinâmica e as actividades desenvolvidas no CECD de Mira Sintra e o seu papel no apoio à criança/família com alterações de desenvolvimento.

Fui recebida no CECD de Mira Sintra pela coordenadora do centro, onde foi apresentado o centro, quais os seus objectivos e valências. De seguida assisti a uma aula de Snoezelen, numa sala equipada para relaxar e sentir.

O CECD dispõe de uma sala Snoezelen. O Snoezelen surgiu na Holanda, há cerca de 20 anos. Nessa altura o objectivo era unicamente criar uma oportunidade para ocupação de tempo livre para pessoas com deficiência profundas. Em quase todas as actividades de tempo livre deveria provocar uma estimulação de vários sentidos, precisamente como substituição para as restrições devidas à deficiência. Luzes psicadélicas, bola de cristal, lâmpada aromática, camas de água e colunas borbulhantes, num ambiente de relaxamento, são alguns dos componentes de uma sala para despertar os sentidos. Tenta-se criar um ambiente agradável, que pode estimular ou acalmar, causando satisfação. O objectivo é criar condições humanas para pessoas que vivem num mundo que ainda não está preparado para elas.

No CECD as actividades curriculares desenvolvidas para além do Snoezelen, são informática pedagógica, actividades plásticas, piscina, treinos de autonomia pessoal e social e apoio psicológico.

Visitei o Centro Lúdico das Lopas, que tem um protocolo com a CECD e recebe crianças numa sala equipada e adequadas as suas necessidades, designada por "SalaXS". Esta sala recebe crianças portadoras de deficiências até aos 6 anos de idade e são acompanhadas por uma educadora infantil e duas auxiliares de acção educativa.

Tive oportunidade de participar numa reunião da equipa multidisciplinar, onde discutiram o desenvolvimento motor e cognitivo de cada criança, de forma a desenvolver actividades pertinentes à sua estimulação, desenvolvimento e integração no grupo. Particpei ainda em diversas actividades que foram desenvolvidas durante o dia, e partilhei experiências com a educadora e as auxiliares da sala.

Visitei ainda uma escola com crianças que necessitam de educação especial. Esta estrutura foi criada em 1976 sendo designada de Estabelecimento Educativo-Terapêutico, estando vocacionada para atender casos de debilidade mental ligeira e moderada. Ao longo do tempo a sua acção foi sofrendo adaptações visando a melhoria da qualidade de atendimento, tendo subjacente uma filosofia de integração na comunidade familiar, escolar e social.

A Acção da Escola de Educação Especial do CECD (assim denominada desde 1994), tem sido norteadada por uma procura perseverante de articulação com outras estruturas, estatais e particulares, no sentido de alcançar, de uma forma mais eficaz e racional o objectivo máximo da sua acção - a integração da pessoa portadora de deficiência mental. Ainda dentro do âmbito

desta estrutura, são apoiados alunos das escolas regulares de ensino, através de um trabalho de parceria com as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos.

A Educação Especial pode então ser definida como: *“uma modalidade de ensino que visa promover o desenvolvimento das potencialidades de pessoas com necessidades educativas especiais, condutas típicas ou altas habilidades, e que abrange os diferentes níveis e graus do sistema de ensino”*. (SILVEIRA e ALMEIDA, 2005, p.30)

A Educação Especial marca o lugar da diferença, ao conviver com limitações humanas mais evidentes ou menos claras. O encaminhamento de alunos para escolas especiais ou a manutenção de classes especiais deve ser recomendada quando a educação na classe regular mostrar-se incapaz de responder às necessidades educacionais ou sociais do educando, e desde que tal incapacidade seja demonstrada de forma inequívoca. (SILVEIRA e ALMEIDA, 2005)

A deficiência não deve ser tomada, isoladamente, como obstáculo ou impedimento que impossibilita o pleno desenvolvimento das potencialidades de uma criança. Estas escolas acolhem um universo restrito de educandos, onde as patologias são muito diferenciadas. Na sala estão entre 6 a 8 crianças com idades desde os 6 anos até a adolescência, que são acompanhadas por uma educadora infantil e uma auxiliar de acção educativa. As actividades de tempo livre que desenvolvem em grupo ou individual provocam a estimulação de vários sentidos, com objectivo de estimular as restrições devidas à deficiência, de forma a desenvolver capacidades. Tive oportunidade de participar em diversas actividades que foram desenvolvidas durante o dia, e partilhar experiências com a educadora e auxiliar da sala.

Estes dias que passei no CECD de Mira Sintra foram de uma enorme riqueza, uma vez que foi uma experiência nova e enriquecedora para o meu desenvolvimento enquanto EESIP. Participei e procurei integrar-me nas actividades desenvolvidas, contactei com crianças/jovens com alterações de desenvolvimento, tive oportunidade de assistir a algumas actividades e interagir com estas crianças. As diferentes actividades que decorrem no CECD, têm como objectivo estimular e desenvolver as capacidades motoras e cognitivas destas crianças de forma a proporcionar a estas crianças uma melhor qualidade de vida e a inseri-las na comunidade. A minha experiência profissional e pessoal com estas crianças era unicamente em contexto de internamento da doença crónica, desta forma esta passagem pelo CECD foi uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Existe uma ideia geral que sugere uma necessidade de instaurar a sociedade no sentido de torná-la mais sensível e acessível à inclusão das crianças, com deficiência. Mas infelizmente, pude constatar que surgem inúmeros obstáculos à sua inserção social, provocando de um modo particular, sofrimento nas crianças com deficiência bem como nas suas famílias, estando sujeitas a sentimentos de discriminação. Desta forma deverá ser realizado um trabalho no sentido de integrar a criança com deficiência num contexto o mais normal possível, favorecendo aprendizagens e desenvolvimento das suas competências sociais, derrubando

assim as barreiras do isolamento social. O que encontrei no CECD foi uma equipa empenhada e motivada a atingir estes objectivos em prol da criança/família com deficiência.

Não existem enfermeiros no CECD Mira Sintra. Seria uma mais-valia para a equipa multidisciplinar uma vez que o enfermeiro, pela sua proximidade das famílias, fomenta a informação, a necessidade de seguimento, encaminhamento e aconselhamento dos indivíduos e famílias, mobilizando esforços para promover a articulação entre os vários especialistas no atendimento à criança e família com deficiência. O EESIP desempenha um papel activo e precoce na criança com necessidades especiais, pois cabe-lhe apoiar "...a *inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde educativas especiais*" (OE, 2009, p.21). A sua actuação seria muito relevante, na medida em que, poderia fazer frente às necessidades especiais da criança/família decorrentes da deficiência, informando e estabelecendo parcerias com os cuidados continuados e equipamentos sociais disponíveis para estas crianças.

A observação participada nas actividades desenvolvidas no CECD Mira Sintra, permitiu atingir os objectivos deste estágio e reflectir acerca da realidade encontrada neste centro. A sua importância advém da possibilidade de compreender os diferentes recursos da comunidade no atendimento à criança e família portadora de deficiência. É essencial enquanto EESIP, reformular a ideia errada que muitas vezes, se tem de deficiência. Se isto acontecer, a reorganização estrutural poderá ficar mais fácil e todo o ambiente familiar irá contribuir para o desenvolvimento da criança de uma forma harmoniosa.

Com este estágio de observação participada desenvolvi a competências de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização que são essenciais num futuro especialista e mestre, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

2.1.3 – Caracterização do Local de Estágio – Unidade de Saúde de Castanheira

A USFC é uma unidade de cuidados saúde personalizados, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa XII. Esta extensão encontra-se localizada na Freguesia de Castanheira do Ribatejo, pertencente ao Município de Vila Franca de Xira, sendo que a sua área de influência compreende a Vila da Castanheira, Vale do Carregado e Quintas.

A nova USFC foi inaugurada a 13 de Dezembro de 2008, assegurando consultas de medicina familiar, consultas de vigilância materno-infantil, planeamento familiar, vacinação e tratamentos. Abrange uma população muito heterogénea, quer a nível da diferente estratificação sócio-cultural e económica como ao nível dos seus comportamentos de saúde.

A Unidade de Saúde da Castanheira dispõe de 20 profissionais, entre os quais, enfermeiros, médicos, assistente social, psicólogo, seguranças, auxiliar e administrativos. A consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é assegurada por 1 EESIP, sendo ela que programa e gere a marcação de consultas. São realizadas consultas de saúde infantil nas idades-chave propostas pelo programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, sendo igualmente cumprido o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

A Unidade de Saúde de Castanheira é dinâmica na articulação com diferentes projectos do ACES, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade.

2.1.4 - Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas

Para definir os meus objectivos de estágio, utilizei como estratégias uma observação participada nas consultas de saúde infantil e vacinação e ainda a realização de reuniões informais com a enfermeira orientadora, através dos quais foi possível recolher informação pertinente sobre o tipo de população alvo, receptividade da equipa do centro de saúde e normas da própria instituição. Foi assim possível a percepção da dinâmica das consultas de Saúde Infantil e da Vacinação, assim como das necessidades da criança perante procedimentos invasivos. No âmbito da temática central do meu trabalho constatei que os profissionais de saúde manifestam preocupação e valorizam a dor na criança, mas na prática não utilizam estratégias de alívio da dor em procedimentos invasivos, tais como a realização do diagnóstico precoce e a vacinação.

No Boletim do Instituto de Apoio à Criança são apresentados os resultados de um estudo realizado no ano de 2007 sobre “A Dor na Criança, Atendimento a Jovens no Centro de Saúde”, com o intuito de conhecer algumas condições dos Centros de Saúde, nomeadamente os procedimentos e comportamentos dos profissionais de saúde face à dor na criança, decorrente de alguns procedimentos dolorosos mais frequentemente utilizados. São eles: a realização do diagnóstico precoce, a administração de vacinas e de injectáveis e a realização de pensos. O estudo evidenciou que 93,3% dos profissionais manifesta preocupação e diz valorizar a dor na criança. No entanto, a maioria dos centros de saúde não dispõe de procedimentos instituídos para combater a dor nas várias situações estudadas. Assim,

“(...) os resultados encontrados confirmam que não existem quer “guidelines”, quer “mindlines” em relação ao combate à dor da Criança provocada pelos procedimentos “rotineiros” executados nos centros de saúde, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física, que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada.” (SANTOS, 2007).

Apesar de esta temática não ser recente, a prevenção, o diagnóstico e o alívio da dor na

crianças estão muitas vezes rodeadas de incertezas e mitos, e a organização dos cuidados nem sempre está concebida em função das particularidades e características das crianças, tal como foi referido por BURR (1988) e FERNANDES (2000). O Programa Nacional de Controlo da Dor de 2008, pressupõe a participação e a colaboração das várias entidades ao sector de saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários.

Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança pois, se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num centro de saúde. Entenda-se como procedimento invasivo, o acto de enfermagem que pode provocar este tipo de dor, seja ela de carácter físico ou psicológico e são diversos os procedimentos dolorosos que podem provocar dor na criança. Procedimentos estes que passam pelo acto de vacinar. É essencial que o EESIP encontre estratégias que contribuam para a diminuição do trauma psicológico consequente da dor durante este procedimento.

Foi a partir deste diagnóstico de situação que defini os objectivos específicos, privilegiando o contexto físico do conforto, definido como “*as sensações do corpo e mecanismo homeostáticos*” (KOLCABA e DIMARCO, 2005, p.189). No entanto, foi ainda atendido o conforto ambiental, definido por Kolcaba como “*pertencente ao meio, às condições e influências externas*” (idem ibidem, p.189), e o conforto social da criança/família, definido pela autora como “*pertencente ao interpessoal da família e as relações sociais (finanças, ensino, pessoal dos cuidados de saúde) e ainda às tradições familiares, rituais e práticas religiosas*” (idem ibidem, p.189).

O primeiro objectivo definido para este local de estágio foi:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito das funções do EESIP em contexto comunitário.

Para a concretização deste objectivo, participei nas consultas de saúde infantil e na vacinação. O papel de relevo do EESIP nestas actividades prende-se com “*a prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais aprofundado de conhecimentos de forma a identificar, em ambos os casos, situações de risco ou de crise já instalada, para que possa intervir o mais precocemente possível (...)*”, de acordo com alínea a) do N.º3 do Artigo 7.º contemplado no DL 437/91 de 8 de Novembro.

Este objectivo foi concretizado e atingido em vários âmbitos: através da realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, onde prestei cuidados de enfermagem à criança e família no seio da comunidade, promovendo assim o carácter educativo do enfermeiro em áreas como: transição de papéis dos pais e implicações sociais e jurídicas; segurança e prevenção de acidentes; sono e repouso do bebé; amamentação; aleitamento materno e

artificial; alívio das cólicas; alívio da dor; introdução de alimentos; sinais de alerta na criança; vigilância de saúde: consultas e vacinação; o processo de vinculação parental e a saúde oral da criança (DGS, 2005).

No âmbito da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, constatei que não havia nenhum documento que orientasse a avaliação da criança, constituindo igualmente uma dificuldade pessoal na abordagem à criança/família no decurso da consulta. Para colmatar estas necessidades, foi elaborado um **Guia da Consulta de Saúde Infantil** (ANEXO I), tendo sido construído em complementaridade com uma colega de estágio.

Este guia foi elaborado para as diferentes idades e contempla os temas de conversa a abordar em cada uma delas, de acordo com o programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005), nomeadamente a avaliação do desenvolvimento infantil com base na escala de Mary Sheridan e os sinais de alerta do desenvolvimento de acordo com cada faixa etária, sendo assim possível fazer uma avaliação sistemática das alterações no processo saúde/doença da criança e sua família e posteriormente agir conforme necessário.

A elaboração e aplicação deste Guia na Consulta de Saúde Infantil demonstram o desenvolvimento da competência de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e vai ao encontro daquilo que compete ao EESIP, descrito na alínea C) do n.º3 do Artigo 7.º: " (...) avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (...) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias" (D.L. n.º437/91).

A passagem pela Vacinação permitiu o conhecimento e cumprimento do PNV às crianças a quem prestei cuidados, sendo também um momento de interacção com a criança/família, de realização de ensinamentos e de esclarecimento de dúvidas aos pais/prestadores de cuidados.

Acrescento ainda que todo o trabalho realizado diariamente nas consultas de saúde infantil e na vacinação demonstraram zelo pelos cuidados prestados na área de especialização de SIP bem como a aquisição das competências de manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional de demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização de SIP e de realizar a gestão dos cuidados na área de especialização de SIP, que são essenciais num futuro EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

Foi minha intenção manter o auto-desenvolvimento pessoal e profissional, de forma contínua e autónoma durante o percurso formativo, apostando na formação em cuidados de saúde primários. Esta competência é descrita como aspecto fundamental pela UCP (2008) e pela OE (2001).

O segundo objectivo definido para este local de estágio foi:

- Contribuir para o conforto físico e social do RN/Família no momento de realização do Diagnóstico Precoce

Este objectivo resulta de uma preocupação direccionada para os contextos do conforto físico e social da criança/família que recorre a USFC.

Na medida em que a criança/família que recorre a USFC pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção para maximizar conforto. Isto ilustra mais uma vez a relação entre conforto e cuidado e a preocupação de alguns autores em estabelecer medidas de conforto como sinonimo de intervenção de enfermagem para promover conforto.

Segundo KOLCABA (1994), o conforto social contempla o bem-estar nas relações interpessoais com os prestadores de cuidados de saúde sendo que, a integração no funcionamento de uma instituição de saúde é uma forma de estar confortada socialmente.

Sendo que o primeiro contacto do RN/família com a instituição é feito através da consulta de saúde infantil, aquando a realização do diagnóstico precoce, e que é neste momento que damos a conhecer a equipa multidisciplinar e as valências existentes na USFC, pareceu-me pertinente facultar **aos pais o Guia de Acolhimento à Saúde Infantil da USFC**, que já existia, mas que não estava a ser utilizado, de forma a reforçar as informações transmitidas verbalmente.

A concretização desta actividade foi a melhor forma encontrada para dar resposta ao conforto social da família no primeiro dia que contactam com a USFC. Isto porque, o aumento do conforto fortalece os seus receptores para envolvê-los em actividades necessárias para o seu bem-estar e saúde (KOLCABA e DIMARCO, 2005).

Além de uma intervenção direccionada para o conforto social, senti necessidade de actuar ao nível do conforto físico, através da **utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor no RN** aquando da realização do diagnóstico precoce.

Esta decisão deriva do conhecimento de que a picada do calcanhar e a expressão manual usada para a obtenção da amostra de sangue é uma fonte adicional de dor. (BATALHA, 2007).

Estudos evidenciam que o odor do leite materno pode contribuir para o alívio da dor aguda em RN. O efeito analgésico do leite, pode estar relacionado com a proteína que o constitui, visto que a presença da glicose por vezes não é suficiente para promover o alívio da dor; o sistema de acção opióide central é desencadeado pela via pós absorvida da b-Casomorfina, que permite o efeito analgésico do leite e as influências de conservação de energia (diminuição da frequência cardíaca e actividade motora) (LEITE et al, 2006). Sendo assim, parece haver relação entre os efeitos da amamentação no alívio da dor em RN de termo durante a realização

do diagnóstico precoce. (idem ibidem, 2006)

Além dos benefícios analgésicos, referem ainda que a amamentação tem particular interesse, por constituir uma intervenção natural, sem custos adicionais, que pode ser facilmente aplicada em diversas situações de dor e pelo facto das mães terem livre acesso e participação na assistência ao filho, além das vantagens nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas inerentes a esta prática. (idem ibidem, 2006)

Num estudo realizado por CARBAJAL (2003) e noutro semelhante de LEITE (2005), concluiu-se que a amamentação materna foi eficaz na redução da resposta à dor decorrente da colheita de sangue para o teste do pezinho, pois os resultados mostraram uma diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais dos RN do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas do grupo controlo. Outro estudo randomizado ou quase-randomizado, controlado, efectuado por SHAH (2006), foi estudado o aleitamento materno como medida de alívio da dor. Os resultados demonstraram que os RN amamentados durante o procedimento doloroso tiveram uma redução significativa na duração do tempo de choro, quando comparado com o grupo de controlo (sem qualquer intervenção).

A promoção do aleitamento materno como estratégia de alívio da dor têm-se mostrado efectiva na redução da dor do RN submetido a procedimentos dolorosos isolados.

O alívio é um estado em que uma necessidade de conforto foi satisfeita e é definido como um “estado de ter um desconforto abrandado ou aliviado” (KOLCABA E DIMARCO, 2005, p.188). Com a colocação do RN a mama durante a realização do diagnóstico precoce o mesmo atinge este estado de conforto, aliviando assim o desconforto da picada do calcanhar.

Estes aspectos foram relevantes para a alteração das práticas na USFC, evidenciado pela enfermeira aquando da realização do diagnóstico precoce, tendo passado a colocar, sem excepção, os bebés à mama.

Com base nestas evidências, reuni-me com a Enfermeira Orientadora a fim de entregar estes estudos existentes. Uma vez que os procedimentos dolorosos à criança também podem ser desencadeados por outros técnicos de saúde na realização de algum procedimento invasivo, ficou assim como recurso imediato e disponível para consulta de todos os profissionais de saúde da USFC.

Cabe ao EESIP procurar soluções criativas para os problemas, recorrendo a uma variedade de técnicas de enfermagem devidamente suportadas, com o objectivo de alcançar ganhos em saúde para a criança e família (OE, 2008).

Desta forma, considereei pertinente implementar o **incentivo à amamentação** como uma medida não farmacológica para o alívio da dor do RN durante a realização do diagnóstico precoce.

As primeiras experiências de amamentação requerem atenção especial, uma vez que grande parte das mães têm receio que o seu leite não seja suficiente em qualidade e quantidade para

o crescimento e desenvolvimento do seu bebé, podendo estes e outros factores conduzir assim à introdução precoce de suplementos alimentares.

As atitudes maternas em relação à alimentação da criança reflectirão em diferentes sentimentos e expectativas da mulher em relação a si própria, enquanto mãe. Assim, se a situação de aleitamento materno for concretizada, poderão surgir fantasias, medos e emoções em relação à qualidade do seu leite e da sua competência em cuidar de um RN (MALDONADO, 1981).

Um estudo sobre o papel do enfermeiro na adesão ao aleitamento materno, chegou a conclusão que uma elevada percentagem das mães referiu ter tido dificuldades/problemas associados a amamentação no primeiro mês após o parto, o que origina o abandono total desta prática por algumas delas (MAIA, 2007).

Desta forma procurei aquando da realização do diagnóstico precoce, realizar várias intervenções no âmbito da **promoção do aleitamento materno**, através da exemplificação da técnica para a pega correcta, das vantagens do aleitamento materno, da sua extracção e conservação, desconfortos mamários, desmistificação de mitos e esclarecimento de dúvidas.

Cabe ao EESIP procurar soluções criativas para os problemas, centrando-se na promoção da vinculação de forma sistemática ao RN, proporcionando a promoção "*(...) da amamentação*" e o envolvimento "*(...) dos pais na prestação de cuidados ao RN*" (OE, 2009, p.23).

No entanto, manteve-se o respeito pelas mães cuja opção era não amamentar a criança aquando da realização do diagnóstico precoce. Nessas circunstâncias, servíamo-nos da sucção não nutritiva e da sacarose como técnica no alívio da dor, para além do próprio posicionamento e contenção do bebé.

Segundo LEININGER (2002) a cultura é definida como "*os estilos de vida de um indivíduo ou de um grupo em relação aos valores, às crenças, normas, padrões e práticas*". A cultura é o legado que os membros de um grupo passam para outro entre as gerações. Como um profissional de saúde vê e compreende a cultura é de particular importância para fornecer um melhor cuidado (idem ibidem, 2002).

As crenças e os tabus fazem parte de uma herança sócio-cultural, o que determina diferentes significados do aleitamento para a mulher. Dessa forma, a decisão de amamentar ou não o seu bebé depende da importância atribuída a esta prática que frequentemente é fundamentada nas informações repassadas culturalmente através do relacionamento entre gerações que por sua vez estão ligadas a tradições e costumes (SIQUEIRA, 2006).

Procurei sempre considerar e respeitar as mães que não quiseram amamentar aquando da realização do diagnóstico precoce, respeitando assim a diversidade cultural e os processos subjectivos vividos pelas mesmas, os seus tabus, crenças, ansiedades, concepções familiares e sociais. Para isso, o EESIP necessita estar cada vez mais capacitado e desperto para o

relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas crenças e culturas de cada criança/família.

Através destas actividades e segundo o plano de estudo (UCP, 2008) demonstrei a aquisição das seguintes competências de: demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e consegui incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências (UCP, 2008).

O terceiro objectivo definido para este local de estágio foi:

- Contribuir para a promoção do conforto ambiental e físico da Criança/Família na Vacinação

A necessidade de intervir ao nível do conforto ambiental surge da constatação da existência de uma sala de vacinação sombria, pequena, com as paredes totalmente brancas e sem brinquedos disponíveis para as crianças, o que conferia ao local um ar desconfortável. Segundo Fernandes (2000) é importante para as crianças que a decoração do serviço seja feita com tons alegres e, se possível, com desenhos e material feito por elas, assim como a existência de uma sala de jogos que possa ser utilizada por todas as crianças.

Para Kolcaba (1994), esta dimensão do conforto diz respeito ao cenário externo da experiência humana (luz, ruído, temperatura, ambiente, cor). A criança necessita de estar confortável para poder interagir com o meio. Como comprovou um estudo realizado com algumas crianças:

“Sensação de conforto pode ser experienciada pela pessoa na sua relação com o ambiente e ocorre sob determinadas condições dentre as quais o ambiente favorável (...) que propicie crescimento, alívio, segurança, protecção, bem-estar ou seja um ambiente no qual a pessoa experiêcia o cuidado humano.” (ARRUDA e NUNES, 1998, p.94)

Desta forma, para tornar o local mais acolhedor e com recurso a uma estratégia de distração, **decorei as paredes e afixei, na parede em frente à marquesa, um comboio colorido** que contém números e letras para as crianças em idade pré-escolar e idade escolar poderem contar e identificar letras enquanto são vacinados, proporcionando assim a distração da criança.

De entre as estratégias não farmacológicas utilizadas na diminuição do medo, da ansiedade, do desconforto e da dor perante um procedimento doloroso, os enfermeiros recorrem frequentemente a distração utilizando técnicas tais como a imaginação, o relaxamento, o

humor, a música, a visualização de vídeos, o toque e outras modalidades que permitem a canalização da atenção para estímulos agradáveis, exteriores à situação dolorosa. (DAHLQUIST et al, 2002)

A utilização da distração fundamenta-se no facto da percepção da dor ter uma componente psicológica importante, na medida em que a quantidade de atenção dirigida para o estímulo doloroso modula a percepção da dor. (BARROS, 2003)

Segundo FOWLER-KERRY e LANDER (1987, p.127), estudos comprovam que podemos “sistematizar um conjunto de rotinas de distração, como: ler uma quadra, ouvir música, ver desenhos animados ou fazer um jogo de computador”. MELZACK (1987 p.36) refere que “se uma pessoa concentra a atenção numa situação potencialmente dolorosa, tende a sentir dores mais intensas do que o normal.” Este efeito amplificador da dor, quando sobre ela a criança foca a sua atenção, pode ser diminuído ou abolido através da distração ou transferência da atenção, voluntariamente, para a música, jogos, livros ou filmes (idem ibidem, 1987). A distração é assim capaz de prolongar a tolerância da pessoa à dor. Para que ocorra um ambiente favorável deve ser proporcionado as crianças, sempre que possível, a inserção de brinquedos, de técnicas e actividades que sirvam de recurso para tornar esse meio acessível e mais agradável à criança podendo assim reduzir a sua dor, contribuindo para a diminuição da ansiedade no momento da vacinação.

A distração é frequentemente utilizada como estratégia de coping para a gestão do stress da dor inerentes a procedimentos invasivos. Assim, com a realização do comboio como técnica de distração pretendi que os estímulos fornecidos sejam suficientemente atractivos de forma a obter a sua concentração, superando os estímulos nocivos. O comboio, tem imagens com cores atractivas e as letras e números são claros, de forma a permitir um maior poder de concentração por parte da criança.

A implementação de estratégias de alívio e controle da dor tem sido um desafio em enfermagem e cabe ao EESIP a sua optimização. É prática comum a utilização de diferentes tipos de distração em função da idade, gostos e preferência da criança/família.

Para avaliar esta intervenção, fi-lo de forma informal, questionando a orientadora, a criança e os pais, observando as expressões faciais de ambos e os seus comportamentos. Através da minha observação pude constatar que a maioria das crianças mostrou uma maior adesão à vacinação.

Assim com esta actividade, proporcionei o conforto da criança/família, humanizando o espaço envolvente aos cuidados de enfermagem com cores e imagens atractivos, o que era antes um ambiente hostil e pouco adaptado a criança/família.

Em termos da dimensão física do conforto, no âmbito da vacinação, pude constatar que os profissionais de saúde da USFC não dispunham de nenhum procedimento instituído relativamente ao alívio da dor no momento da administração de vacinas. Não pude assim

deixar de me inquietar e preocupar com a experiência de dor a que as crianças estão sujeitas, pretendendo contribuir para a melhoria efectiva da qualidade de cuidados nas crianças nesta unidade de saúde, através do reforço de todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes profissionais.

A consciência crítica desta problemática demonstra a presença de competências de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e de identificar as necessidades formativas na área de especialização de SIP; a ambição de querer solucioná-la em prol do conforto da criança e da sua família demonstra a competência de tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

Perante a constatação destes factos, **elaborei uma caixa com brinquedos para as diferentes faixas etárias com o nome de "Caixa Mágica"** (ANEXO II), com instrumentos/brinquedos adequados a cada faixa etária, capazes de proporcionar o relaxamento, diminuindo assim a ansiedade e o stress na criança perante procedimentos potencialmente dolorosos. Tem como objectivo prevenir/reduzir a dor na criança no momento da vacinação, através do apoio de um conjunto de brinquedos adequados.

Os objectos que se encontram na "Caixa Mágica", permitem, segundo a idade da criança, não só a distração, como também o relaxamento e a redução da ansiedade (CORREIA, 2006). É constituído por materiais como: caixa de bolas de sabão, rocas, fantoches, caixa de música, apitos, livros, quebra-cabeças e bola "anti-stress".

Foi durante o século XX que a importância do brincar começou a ser reconhecida, registando-se a sua maior valorização na última metade do século, nomeadamente através da Declaração da International Play Association (1961) e da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).

O brincar é um fenómeno natural e complexo que serve a várias funções, dentre elas a comunicação, assim, as actividades lúdicas podem ser empregadas como instrumento para restabelecer a relação de ajuda, na medida em que subsidia a expressão não-verbal da criança. (NEMAN e SOUZA, 2003).

O brinquedo terapêutico constitui-se em um brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para a idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser utilizado sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil (RIBEIRO; SABATÉS; RIBEIRO, 2001).

O brinquedo, no entanto, deve ser da preferência da criança e promover o seu interesse em: agir, explorar, imaginar, construir, proporcionando-lhe, assim, prazer e bem-estar. O "simples

acto de brincar” é o recurso que a criança possui para elaborar as suas defesas e se comunicar espontaneamente. É através do lúdico que a criança pode formular a sua realidade e demonstrar os seus verdadeiros sentimentos. O brincar é um factor que gera prazer e é saudável para a criança. ABERASTURY (1992, p. 11-18) afirma que:

“o brinquedo possui muitas características dos objectos reais, mas pelo seu tamanho, pelo facto de que a criança exerce domínio sobre ele, transforma-se num instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas que se engendram na relação com objectos reais. Além disso, o brinquedo é substituível e permite que a criança repita à vontade situações de prazer ou de dor, nas quais ela não pode reproduzir no mundo real”.

O uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança tem sido considerado importante, pois pode facilitar uma resposta positiva da criança durante um procedimento doloroso, após demonstração de comportamentos ou respostas. (FROTA, 2007)

Esta caixa onde se encontra o material, está decorada de forma atractiva e arrumada na marquesa onde são administradas as vacinas, uma vez que a preparação da criança deve ser realizada próxima do acontecimento. O brinquedo como estratégia terapêutica, não deve ser utilizado mais do que 10min antes da realização do procedimento de forma a não causar mais ansiedade à criança, e a sua realização deve ser presencial pois nestas brincadeiras a criança necessita da aceitação e presença do adulto de forma a, apoiar-la a controlar a sua agressividade e canalizar as suas tendências destrutivas. (WONG, 1999)

A implementação e utilização da caixa na vacinação, permite ainda, o envolvimento dos pais no cuidar, além do mais é durante a brincadeira, que a criança desloca para o exterior os seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da acção, exprimindo os seus sentimentos, ajudando-a a superar o sofrimento, as frustrações, os conflitos, a ansiedade, o medo, e as derrotas.

A elaboração das actividades referidas com recurso ao brinquedo terapêutico permitem à criança distrair-se, não olhando para os instrumentos utilizados na vacinação, possibilitando um maior auto-controlo sobre a situação.

Com esta actividade é assim satisfeita a necessidade de transcendência que é definida como “capacidade de superar os desconfortos quando eles não podem ser erradicados ou evitados” (KOLCABA E DIMARCO, 2005, p.188). Como EESIP apesar de não podermos evitar o desconforto sentido pelo acto de vacinar, podemos recorrer a uma série de estratégias para superar este desconforto e aliviar a dor sentida.

Posteriormente, **elaborei um manual de utilização da “Caixa Mágica”** (ANEXO III), no sentido de auxiliar os profissionais no reconhecimento das características das diferentes etapas de desenvolvimento da criança, adequando os diferentes brinquedos a cada uma delas, na

prestação de cuidados a RN, lactentes, crianças em idade escolar e adolescentes. Perante esta actividade, e de acordo com a OE, o EESIP demonstra e avalia conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2009).

Ao cuidar da criança o EESIP reconhece as suas reacções de dor, quer elas sejam comportamentais, fisiológicas ou emocionais. À medida que as crianças melhoram as capacidades linguísticas e cognitivas, modificam a sua capacidade de expressar a dor mas também os seus comportamentos. Promover uma adequada adaptação a uma situação adversa, é a essência do cuidar promovido pelo enfermeiro, que utiliza uma série de estratégias que promovem o conforto e o alívio da dor. Evitam, desta forma, que a dor aguda quando repetida, se transforme em sofrimento e deixe marcas incontestáveis na memória, no comportamento e nas estruturas nervosas, como refere SCHWOB (1997).

Durante a prestação de cuidados na vacinação perguntava, de forma informal, a cada criança "o que o ajudou a sentir menos medo da vacina?", obtendo respostas que rapidamente mencionaram "os brinquedos da Caixa Mágica".

Desta forma, é importante a utilização de estratégias de redução da ansiedade face aos procedimentos invasivos, sendo um exemplo disso, a utilização do reforço positivo. **Recorri ao reforço positivo com a entrega de um diploma** de "Bom Comportamento", que já existia na USFC, mas que não estava a ser utilizado. Através desta estratégia poderemos desenvolver na criança uma maior auto-estima, pelo aumento do seu auto controlo em futuras situações. Esta estratégia foi igualmente importante para a criança, pois o facto de sair com um diploma demonstrava perante os colegas e familiares uma conquista. Segundo a Enfermeira orientadora, as crianças colaboram mais e reagem de forma mais positiva a vacinação.

A utilização da **Imagem Guiada** foi outra estratégia utilizada durante o estágio, sendo aplicada em crianças em idade escolar e em adolescentes. (HOCKENBERRY (2009)

Segundo HOCKENBERRY e WILSON (2009), imagens mentais positivas fazem baixar os níveis de tensão muscular e ao utilizar uma imagem guiada, real ou imaginária, deve-se encorajar a criança a concentrar-se em eventos que lhe proporcionem prazer. Pode-se pedir à criança que conte detalhes do evento, incluindo a maior quantidade de sensações possível. Também se pode solicitar à criança para escrever ou gravar a sua narrativa, para depois a reproduzir.

Pedi aquando da vacinação para a criança/adolescente identificar alguma experiência real ou imaginária, muito agradável e fazia com que contasse essa história durante o procedimento, ajudando-a em determinados pormenores, guiando-a na história. Pude observar que a maioria das crianças focalizava-se na história.

Com as minhas intervenções pretendi proporcionar o conforto físico a criança/família, uma vez que a minimização do desconforto físico leva uma maior adesão da criança/família perante as intervenções de enfermagem, neste caso à vacinação. Penso que as minhas intervenções

foram eficazes e contribuíram para o conforto da criança.

A actuação do EESIP pode fazer a diferença na adaptação da criança a um evento doloroso. Tendo por referência o conhecimento das experiências anteriores de dor da criança, ele pode adequar, de acordo com os gostos da criança e o desenvolvimento cognitivo desta, intervenções não farmacológicas, complementares das farmacológicas, para as quais preparará os pais e a criança. Estes procedimentos, como a distração, o brinquedo terapêutico, o reforço positivo, a imagem guiada entre outros, têm como objectivo quebrar o ciclo de tensão que precede o procedimento doloroso, e providenciar estímulos que competem com os dolorosos, alterando assim a percepção da dor.

Na assistência à criança o enfermeiro deve ter presente que a sua intervenção deve ser realizada mediante a díade criança família. Segundo MARTINS (1991, p 32)

“o comportamento da criança parece ser moldado pelo dos pais e variar em função da confiança que tem no adulto que realiza o tratamento. Encontrando-se uma forte relação positiva entre ansiedade dos pais e o sofrimento do filho durante o tratamento.”

A preparação e envolvimento dos pais, reduz a sua ansiedade e por sua vez os níveis de ansiedade das crianças. (EDWUINSON, ARNBJORNSSON & EKMAN, 1988).

Promovi a presença dos pais na sala de vacinação, posicionei-os junto da criança, encorajei-os a falar calmamente com ela, incentivando assim a sua colaboração na distração do filho e procurando assim conhecer os interesses das crianças e as estratégias mais eficazes na promoção da distração da criança, para que esta ficasse mais calma e confortável, uma vez que a presença dos pais, por si só reduz o medo da separação e para além disso, ninguém melhor que eles para nos despertar para forma como a criança poderá reagir perante esta situação.

Cabe ao EESIP estimular a presença dos pais e o seu envolvimento na prestação de cuidados visto que a figura de vinculação será capaz de proporcionar “segurança” quando a criança se sentir ameaçada.

De forma a reduzir a ansiedade da criança/família, englobando-os nos cuidados prestados à criança e ainda com o intuito de envolver os pais da criança que vai ser vacinada, especialmente no que à dor diz respeito, **elaborei um folheto acerca da vacinação intitulado por: Prevenção/Redução da Dor durante a realização de vacinas nas crianças** (ANEXO IV), para ser entregue aos pais de forma a prepararem a criança para este momento. Por isso optei pela informação escrita em forma de folheto, permitindo que os pais levem para o domicílio e seja de fácil consulta.

O folheto elaborado é uma forma de comunicação escrita entre os enfermeiros e os pais e uma mais-valia na gestão e controlo da dor, preparando os pais para a colaboração com o

enfermeiro, sugerindo-lhes estratégias como a distração da criança, reconhecendo assim que os pais são quem melhor conhece os seus filhos, pelo que devem ser instruídos e encorajados a transmitir ao enfermeiro os comportamentos da criança que podem ser reveladores de dor (HOCKENBERRY, 2005).

Ao atribuir importância estratégica ao referido folheto, não só o utilizei, como também o promovi junto dos enfermeiros do serviço onde realizei o estágio, dispondo-o em local acessível e incentivando à sua utilização. Julgo assim ter contribuído para o envolvimento dos pais nos cuidados a criança

Cabe ao EESIP procurar soluções para os problemas detectados, assistindo a Criança/família na maximização da sua saúde e adesão aos procedimentos de enfermagem, proporcionando a utilização " (...) de estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde " (OE, 2009, p.23).

Com esta actividade, foi desenvolvida a competência de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, na área de especialização em SIP (UCP, 2008).

Além das estratégias já referidas, sugeri ainda a administração de **Sacarose oral**, uma vez que no centro de saúde, tal como em meio hospitalar, a administração de sacarose oral é um método seguro na redução da dor durante os procedimentos invasivos, tanto no RN como no lactente, ajudando-os a acalmar durante os mesmos, não requerendo a monitorização dos sinais vitais, ao contrário de outros fármacos usados na redução da dor. Está indicada para procedimentos invasivos tais como: punção venosa; injeção, entre outros (MOORE e PERSAUD, 2007). É um produto seguro e fácil de administrar, no entanto só é eficaz se administrado na região mais anterior da língua, onde se localizam a maior parte dos receptores para o sentido do gosto doce, que promove a analgesia através da activação dos opióides endógenos e norepinefrina que se ligam aos receptores opióides que modulam a dor, ou seja, inibem a transmissão dos impulsos dolorosos (idem ibidem, 2007). A sua eficácia está comprovada em crianças até aos 12 meses de idade. Para potenciar o seu efeito, deve ser implementada uma combinação de outras estratégias não farmacológicas, como por exemplo o conforto (técnica de canguru) e o posicionamento (aninhar/envolver o bebé). (idem ibidem, 2007).

Apesar de terem conhecimento da utilização da sacarose, e de algumas destas vantagens referidas anteriormente, o USFC não dispõe de verba para a sua aquisição. Senti ainda alguma renitência à mudança por parte de alguns profissionais para esta questão do alívio da dor, mas foi rapidamente ultrapassado, através da apresentação das evidências científicas em cima descritas.

Desta forma **elaborei o Protocolo de utilização da Sacarose (ANEXO V)**, de forma a orientar a sua utilização na USFC. Os protocolos funcionam como prescrições diferidas no tempo, sendo orientações escritas previamente discutidas entre os profissionais envolvidos. (DEODATO, 2008)

A etapa seguinte foi a aquisição de recursos materiais não existentes na instituição: Solução de sacarose. Com o parecer positivo da enfermeira chefe do ACES, inúmeras foram as diligências feitas, através de contacto telefónico, no sentido de adquirir a solução de sacarose à ARS, que se revelou sem sucesso. Perante esta situação imprevista e para dar continuidade a esta actividade, contactei um laboratório de propaganda médica, de forma a serem eles a fornecer a verba necessária, uma vez que o ACES não tinha orçamento para o fazer. O laboratório disponibilizou de imediato um delegado de acção médica para se dirigir a USFC e a disponibilizar informação e amostras de sacarose.

Esta atitude de ter contornado a situação, demonstrou a existência da competência de demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização em SIP.

Foi ainda discutido com a enfermeira orientadora a utilização do “Eutetic Mixture of Local Anesthetics” (EMLA), sob a forma de penso anestésico, por não haver necessidade de prescrição médica e por não requerer o uso de monitorização dos parâmetros vitais.

O EMLA é uma mistura de dois anestésicos locais, lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%, de aplicação tópica na pele integra sobre a forma de penso transdérmico ou de creme. Previne a dor aguda associada a: punções venosas, arteriais, capilares e lombares; injeções musculares e subcutâneas; entre outros. (HOCKENBERRY e WILSON 2009).

O EMLA não se encontra disponível, nem a USFC possui verba para a sua obtenção, desta forma a única forma de aquisição partirá da vontade e possibilidade por parte da família.

Desta forma, os ensinamentos e incentivos às famílias e crianças sobre esta medida foram uma constante e, apesar do seu custo dispendioso e tempo prolongado para a obtenção do efeito analgésico, foi dada ênfase às vantagens do EMLA bem como o seu modo de aplicação nas consultas de enfermagem anteriores à próxima vacinação, para que os pais que assim o desejassem aplicassem o referido penso na criança uma hora antes do procedimento.

Apesar dos ensinamentos realizados, teve pouca adesão por parte das famílias, que quando questionadas alegavam o elevado custo do EMLA.

Outra actividade realizada foi a **elaboração de um manual acerca da dor intitulado “Manual das Estratégias de Alívio da Dor da USFC”** (ANEXO VI), uma vez que houve interesse por parte da USFC em ficar com este material disponível, com a principal finalidade de orientar a intervenção da equipa de enfermagem da USFC na integração de novos elementos e de estagiários, na aplicação de estratégias de redução/prevenção da dor na criança submetida a procedimentos dolorosos. Todos estes documentos são uma mais-valia e uma forma de

desenvolver a competência de colaborar na integração de novos profissionais. (UCP, 2008).

No manual foi abordado o uso de Sacarose e do EMLA, enumeradas as estratégias não farmacológicas a usar antes, durante e após um procedimento doloroso. A escolha de uma ou mais estratégias implica que o enfermeiro que executa o procedimento decidirá a melhor intervenção, tendo em conta a criança e a família presente. No mesmo, deixei ainda disponíveis as escalas de avaliação da dor em pediatria para as diferentes faixas etárias e aspectos teóricos acerca desta temática.

Durante a administração de vacinas, apliquei tantas medidas de controlo da dor quanto possível, pois a associação de várias medidas traz resultados mais eficazes do que cada uma delas isoladamente (SCHECHTER et al, 2007). O que pretendi ao longo das actividades que desenvolvi, foi propor ou sugerir à criança e família, uma situação suficientemente envolvente, de modo a conseguir concentrar a sua atenção, para que os estímulos ansiogénicos fiquem em segundo plano e sejam esquecidos ou a sua percepção fosse menos intensa e central. (BARROS, 2003). Esta adaptação foi realizada em diferentes contextos e em várias situações, através de: (idem ibidem, 2003).

- Preparação através da utilização do brinquedo como estratégia terapêutica;
- Utilização de estratégias de distração durante o próprio procedimento;
- Valorização e reforço de atitudes de cooperação e de confronto activo da dor e da ansiedade.

A realização de uma sessão de formação intitulada por “Estratégias de Alívio da Dor na Criança” (ANEXO VII), teve como objectivo sensibilizar a equipa de enfermagem do ACES para esta temática através de fundamentos válidos. Uma vez que a equipa da Unidade de Saúde de Alverca não esteve presente na reunião do ACES, onde foi realizada uma primeira formação, mostrou muito interesse em assistir à mesma, pelo que foi repetida. Pretendi com estas formações envolver e motivar toda a equipa de enfermagem do ACES na colaboração deste projecto e transmitir a importância da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tendo contribuído para o desenvolvimento da formação em serviço. Nestas formações teve ainda presente um delegado de propaganda médica de forma a divulgar e explicar as vantagens do uso da sacarose na criança perante procedimentos invasivos.

A divulgação da sacarose, do EMLA, da utilização da “*Caixa Mágica*” com os brinquedos que a compõem e do folheto elaborado para a vacinação, junto dos colegas do ACES, foi de extrema importância dado constituírem um conjunto de recursos não farmacológicos, particularmente úteis para a promoção do controle da dor nos procedimentos de diagnóstico, preventivos e/ou terapêuticos. O feedback das sessões revelou, por parte da equipa, interesse pela temática bem como pela importância de factos metodologicamente confirmados para a prática de enfermagem actual.

A consecução destas actividades demonstrou a aquisição de algumas competências:

comunicar aspectos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral; produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre problemas de saúde com que se depara; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; participar e promover a investigação em serviço na área de especialização de SIP; comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas e de tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP; que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

Considero o meu percurso ao longo deste estágio muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da enfermagem avançada, permitindo-me a articulação dos meios para atingir com sucesso os objectivos que me propus, tendo em atenção as necessidades da criança, família e comunidade. Todas as actividades realizadas trouxeram benefícios para as crianças que recorrem a USFC, pela prevenção da dor, promoção do conforto e diminuição da ansiedade e, para a equipa de enfermagem, pela formação profissional que teve, e para a minha formação profissional na aquisição das competências de avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análises de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada, que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

Para a USFC, acredito que as actividades desenvolvidas, constituirão uma grande mudança, que para além de promover positivamente a imagem desta unidade de saúde, em especial dos Enfermeiros; será de grande utilidade e irá facilitar o desempenho e a prestação de cuidados, contribuindo significativamente para a satisfação da criança/família relativamente à consulta de saúde infantil, diagnóstico precoce e vacinação, bem como para a colaboração dos mesmos na prestação de cuidados.

2.2 – Módulo II – Internamento Pediátrico -Creditação

Ao Módulo II, referente ao contexto de Internamento Pediátrico, foi-me atribuída creditação por cumprir as exigências do disposto no Regulamento Geral dos Mestrados de Enfermagem de Natureza Profissional da UCP.

A aquisição de competências e o seu desenvolvimento relativo a prestação de cuidados diferenciados à criança/família, aproxima-me do conceito de perito referido por BENNER

(2001), uma vez que é possível mobilizar teorias e noções pré-adquiridas, prevendo o que se segue, num domínio de conhecimento aprofundado de situações num determinado contexto, que enriquecem o percurso de aprendizagem.

A minha experiência profissional de 4 anos num serviço de internamento médico-cirúrgico, constituído por diferentes valências que dão resposta às diferentes faixas etárias da idade pediátrica, tem permitido a aquisição de conhecimentos aprofundados que suportam a prática. Estes foram mobilizados ao longo dos diferentes módulos do estágio, promovendo o desenvolvimento de competências especializadas na criança e família em contexto de internamento.

Tenho ainda investido na minha formação profissional, nomeadamente na área de internamento médico-cirúrgica que me permitiu a introdução de mudanças na prática de cuidados em contexto de Internamento Pediátrico e proporcionou diariamente a vivência de situações que se revestem de uma riqueza incalculável no meu desenvolvimento enquanto futura EESIP.

Destaco ainda os conhecimentos adquiridos no curso de Formação de Formadores e a Pós - Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem, realizada em 2008/2009 na UCP, que me permitiu assim enquanto EESIP "gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da (...) formação pós-graduada"

2.3 – Módulo III - Urgência e Neonatologia

O Módulo III encontra-se dividido em dois estágios. O estágio de Neonatologia decorreu no HSM, na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), com a duração de 90 horas. O estágio de UP decorreu em contexto de trabalho no CHTV, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) com a duração igualmente de 90 horas.

2.3.1 – Caracterização do Local de Estágio - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém - Nascido - Hospital de Santa Maria

O Serviço de Pediatria do HSM constitui o maior Serviço do Hospital. Desde a sua inauguração, o serviço foi sofrendo algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, a nível de recursos materiais, com a aquisição de mais e melhores equipamentos, a nível das técnicas realizadas e relativamente à preocupação dos profissionais quanto à humanização dos cuidados prestados ao RN e sua família.

O HSM é um hospital central de referência, dada a sua missão de formação, investigação e qualidade, serve a formação de profissionais de saúde de diferentes áreas, assim como a parceria com a comunidade.

A UCERN procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a recém-nascidos até aos 28 dias de vida, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul.

É constituída pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Cuidados Intermédios que formam uma sala em "U" e tem uma Sala de Pré-Saída que é independente das outras unidades. A UCIN é constituída por um total de oito incubadoras, para RN em estado crítico, provenientes da Sala de Partos, transportados pelo INEM e do serviço de UP, que necessitem de vigilância especial e/ou ventilação mecânica.

A equipa multidisciplinar que exerce funções na UCERN é constituída por 37 de enfermeiros, equipa médica (director de serviço e duas equipas constituídas por 4 médicos neonatologistas), 11 auxiliares de acção médica, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicóloga, assistente social, dietista e secretária de unidade. Existem equipas de enfermagem fixas com horário de roulement formadas por 6 enfermeiros, cujos elementos são distribuídos mensalmente pelos diferentes sectores. Cada turno é assegurado por três enfermeiros na UCIN, dois na Unidade de Cuidados Intermédios e um na Sala de Pré-Saída. O método de trabalho em vigor é o individual. Os RN podem ter um acompanhamento permanente pelos pais (24 horas por dia).

2.3.2 - Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas

As UCIN têm vindo a evoluir ao longo do tempo, pelo que se torna essencial, que os EESIP estejam despertos para o stressores do RN e para a forma de diminuir a ansiedade e a dor provocados pela manipulação e pelos procedimentos invasivos, promovendo o seu desenvolvimento.

Será que o sofrimento vivido numa fase tão inicial do desenvolvimento pode deixar marcas para o resto da vida? Essa é uma das maiores preocupações em neonatologia. Segundo DÍAZ-GOMES (1999), as consequências da dor a curto prazo traduzem-se por alterações fisiológicas, comportamentais e laboratoriais/analíticas. Estas alterações podem aumentar a morbilidade e a mortalidade dos bebés. A longo prazo, as experiências dolorosas no RN podem produzir alterações na percepção da dor e no desenvolvimento neurológico, que se manifestarão mais tarde na infância.

Para definir os meus objectivos de estágio, realizei uma **observação participada na UCIN** onde prestei cuidados ao RN/Família. Pude observar que a avaliação da dor no RN, é um desafio para os profissionais de saúde de uma UCIN. A dificuldade da avaliação da dor no RN constitui um grande obstáculo ao tratamento adequado da dor. Outro grande desafio relatado

pelos profissionais desta UCIN para uma intervenção adequada, é conseguir diferenciar a dor da agitação.

Realizei ainda diversas **reuniões informais com a enfermeira orientadora**, através dos quais foi possível recolher informação pertinente sobre o tipo de cuidados prestados ao RN, os procedimentos invasivos que provocam dor ou desconforto, as normas da própria instituição e a receptividade da equipa à introdução de diferentes técnicas nos cuidados, de forma a ter a percepção da dinâmica e das necessidades do RN face ao procedimentos invasivos, desconfortáveis e que causam dor.

Os profissionais desta UCIN, já avaliam sistematicamente a dor uma vez por turno, para qualificar e quantificar a dor utilizam uma escala de avaliação da dor. Utilizam ainda com frequência e eficácia as medidas não farmacológicas de conforto e alívio da dor. Para além disso utilizam a massagem, os posicionamentos e têm protocolado o uso da sacarose.

Neste sentido a minha intervenção teria de ser criativa, uma vez que esta UCIN já tem uma diversidade de estratégias implementadas relativamente à dor, desta forma, outras técnicas inovadoras teriam de ser implementadas.

Foi a partir deste diagnóstico de situação que defini os objectivos específicos, privilegiando o contexto físico e ambiental do conforto, desenvolvendo as minhas de intervenções de enfermagem focadas para RN/família numa UCIN (KOLCABA, 1994). O contexto ambiental do conforto como já referido anteriormente, refere-se ao cenário externo da experiência humana (luz, ruído, temperatura, ambiente, cor).

O primeiro objectivo definido para este local de estágio foi:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito de enfermagem avançada ao cuidar do RN/Família de alto risco

Em neonatologia, um dos grandes desafios vai para além da sobrevivência, destacando-se a importância da integridade do desenvolvimento do RN prematuro ou de alto-risco. A ideia de que o RN não poderia recordar experiências pós-natais precoces contribuiu para a conclusão de que a dor não deixaria sequelas, a longo prazo, no comportamento ou no desenvolvimento. Entretanto, tem-se demonstrado que crianças muito pequenas podem aprender e demonstrar memória de eventos sensitivos após períodos relativamente longos (MAGDALENO, 1997).

Os RN de alto risco são tão especiais e requerem cuidados peculiares. **A prestação de cuidados ao RN e família de alto risco foi uma constante**, em estreita colaboração com a EESIP orientadora de onde nasceu uma troca de experiência acerca dos cuidados prestados ao RN, a sua pertinência, vantagens e riscos inerentes. Juntamente a este contacto com a

realidade, efectuei uma consulta bibliográfica sobre os cuidados intensivos neonatais, no sentido de aprofundar conhecimentos.

O cuidado minucioso ao RN de alto risco salienta a necessidade de uma constante actualização científica, que o EESIP deve assim possuir. Este aspecto vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002), que remetem para a necessidade de formação contínua, no caminho da Excelência dos Cuidados.

Procurei sempre novas oportunidades de aprendizagem, tive iniciativa e disponibilidade para colaborar com a equipa. Foram assim apreendidos novos conhecimentos sobre diferentes técnicas, tais como a ventilação, aspiração de secreções, manipulação de cateteres percutâneos e umbilicais, alimentação entérica e parentérica, melhorando o meu desempenho e desenvolvendo os meus conhecimentos em cuidados intensivos neonatais. Pude ainda interagir com familiares de RN prematuros ou com patologia grave, sobre a sua vivência e sentimentos presentes nestas situações e ainda intervir através do estabelecimento de uma relação de ajuda e escuta activa que contribuíram em muito para o meu desenvolvimento.

Para além de procedimentos dirigidos ao RN, pretendi aprofundar as minhas habilidades a nível da avaliação da dor e de proporcionar o maior conforto ao RN durante a prestação de cuidados. Com a prestação de cuidados na UCIN e a minha actuação enquanto futura EESIP, desenvolvi o reconhecimento de situações de instabilidade de funções vitais e prestei cuidados de enfermagem apropriados, mobilizando “ (...) *conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de instabilidade e resposta pronta antecipatória.*” demonstrando (...) *conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.*” (OE, 2009, p.23).

Através desta prestação de cuidados foram desenvolvidas competências como tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; e de manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

O segundo objectivo definido para este local de estágio foi:

- Contribuir para o conforto do RN face os cuidados prestados no âmbito da enfermagem avançada ao cuidar do RN/Família de alto risco na Neonatologia

Devido à complexidade dos cuidados ao RN numa UCIN, não podemos esquecer da importância da adopção de medidas relacionadas com a avaliação e tratamento da dor, traduzindo-se, num conjunto de iniciativas que visa a produção de cuidados de saúde capazes

de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de um acolhimento holístico e respeito ético pelo RN. (LAMEGO, 2005).

Um dos grandes desafios do EESIP, é definir estratégias de forma a diminuir o sofrimento do RN perante todos estes estímulos que diariamente é sujeito, especialmente durante procedimentos invasivos e na prestação de cuidados.

Esta UCIN, como unidade vocacionada para cuidados especializados ao RN prematuro e de termo, está equipada com material de alta tecnologia que permite uma monitorização constante. Apesar das instalações físicas serem diminutas, denota-se uma permanente preocupação em proporcionar conforto aos RN e integrar os pais nos cuidados, assim como fornecer informação e apoio emocional.

O barulho de uma UCIN é perturbador. A monitorização cardíaca solta alarmes insistentes e constantes cortando o sussurro das enfermeiras, que caminham entre as incubadoras com agilidade. O ambiente de uma UCIN mostra-se totalmente diferente para os RN relativamente ao mundo intra-uterino. Se o útero é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, permitindo ao feto repouso e sono profundo que colaboram no crescimento cerebral (TAMEZ e SILVA, 2002), o ambiente de uma UCIN é bastante desigual, *"iluminação intensa e contínua, repleto de barulho e interrupção frequente de sono e repouso com procedimentos e actividades diversas que prejudicam o desenvolvimento neuromotor desses prematuros"* (idem ibidem, 2002, p. 157).

De facto, é evidente o desconforto que lhes causa a mínima agressão ambiental, visível em comportamentos como hiper-extensão das extremidades, olhar vago sem manter contacto visual, bocejar, tremores, choro, irritabilidade e instabilidade cardio-respiratória, fundamentados por TAMEZ E SILVA (2002). Mas também é notório, como é fácil confortar aquele bebé com medidas de cuidado que estão ao alcance dos enfermeiros prestadores de cuidados.

Os cuidados de higiene são um momento privilegiado para interagir com o RN de forma a transmitir-lhe confiança, conforto e a interagir com ele, mas também é um dos momentos onde o RN é mais manipulado e sujeito a estímulos stressores. Considerando o potencial agressivo do ambiente envolvente de uma UCIN, uma técnica que minimiza os seus efeitos nefastos sobre o RN é a técnica do *"Banho Enrolado"*.

A pertinência desta técnica prende-se com o facto de proporcionar ao RN um aumento de conforto no momento do banho, focando assim o desenvolvimento do conforto ambiental e físico do RN/família numa UCIN. O desconhecimento e interesse demonstrado por parte da equipa na técnica do *"Banho Enrolado"* permitiu a sua discussão de forma informal durante a minha prestação de cuidados na UCIN e em momentos de passagem de turno, trocando impressões com a equipa acerca das suas vantagens e viabilidade de implementação na prestação de cuidados desta UCIN.

Pioneira na prática do banho humanizado em bebés prematuros, Santos (2010, p.2) defende que:

"O banho enrolado/humanizado, tornou-se um momento de prazer e relaxamento, para os recém-nascidos prematuros, respeitando o estado comportamental de cada um e contribuindo assim para o desenvolvimento do recém-nascido, ao contrário de outras técnicas de enfermagem, sendo assim uma opção para solucionar um problema diário de muito choro durante o horário do banho dos recém-nascidos. Tanto os profissionais quanto as mães percebem a evolução diária do bebé e reconhecem a contribuição positiva do banho enrolado no bebé prematuro, momento em que os pais enfrentam mais o stresse dos recém-nascidos".

O "Banho Enrolado" está assim indicado no RN prematuro e no RN de baixo peso. O processo do "Banho Enrolado" é tranquilo e admirável. Como os bebés são prematuros e são de baixo do peso, o banho deve ser realizado em dias alternados. Antes de iniciar o procedimento, o primeiro passo é observar o estado do bebé. Ele não pode estar em sono profundo, com fome, facies de dor ou a chorar. As condições da sala devem ser as ideais ao procedimento desta técnica, o ar condicionado deve ser desligado, bem como todas as entradas de ar direccionadas à banheira devem ser cortadas, a água deve estar a uma temperatura ideal (36,5° a 37°) e as luzes devem ser desligadas. Cada detalhe contribui para o sucesso do banho, e caso sejam ignorados pode acarretar stresse e comprometer o ganho de peso (SANTOS, 2010).

Elaborei uma norma para o manual de enfermagem acerca do "Banho Enrolado" (ANEXO VIII) ficando disponível na UCIN um dossier, constituído por esta norma e os diferentes documentos acerca desta temática que me apoiei ao longo do estágio. Realizei ainda uma **formação em serviço acerca do tema, intitulada por "Banho Enrolado"** (ANEXO IX), que teve como objectivo a divulgação desta técnica, de forma a sensibilizar e orientar a equipa de enfermagem para a sua implementação. O feedback da sessão foi muito positivo e revelou, interesse da equipa de enfermagem pela temática e em introduzir esta nova técnica nos cuidados de higiene ao RN. Após discussão com a equipa, foi aferido a implementação do "Banho Enrolado" nos cuidados de higiene ao RN.

Segundo CASEY (1988) *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor"*, assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar. Na presença de um bebé pré-termo, torna-se obrigatório permitir que se desenvolvam mecanismos capazes de estabelecerem a interacção mãe/filho precocemente, dado o risco que as situações de crise habitualmente acarretam (idem ibidem, 1988).

A criança que nasce prematuramente, necessita na maioria das vezes para sobreviver, de ser assistida numa UCIN sendo separada dos seus pais imediatamente após o nascimento. Aí

permanece por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetida, assim como pela privação afectiva a que é sujeita. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos.

A equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados ao bebé pré-termo, deverá integrar os pais no seu seio e na prestação de cuidados ao mesmo. Assim, os enfermeiros, cuidadores mais directos e próximos do bebé, são os elementos da equipa que se encontram privilegiadamente melhor preparados e posicionados para agir como promotores do processo de aproximação e interacção pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho. Isto para que possam, continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar. (KLAUS e KENNELL, 1982)

Os cuidados de Enfermagem a prestar à criança/família deverão ser sistemáticos, holísticos e compreensivos (MOTT, 1994). Deve privilegiar-se o contacto com a família e tomá-la como parceira dos cuidados; os pais reconhecem mais vezes a expressão de dor nos bebés, do que os médicos e os enfermeiros, (ZORZETTO, 2000). A UCIN é um local de excelência para estas intervenções, uma vez que proporciona uma momento de vinculação. O "*Banho Enrolado*" é uma técnica segura para ser realizada em casa e prestar cuidados de higiene ao bebé.

Com o objectivo de dar a conhecer esta técnica e proporcionar um momento de partilha mútua, e depois de abordados os pais que mostraram interesse em conhecer esta técnica, **agendei com a enfermeira orientadora um dia para realizar o ensino do "*Banho Enrolado*".** Foi exemplificada a técnica a seis pais, que realizaram posteriormente, com sucesso. Este momento de aprendizagem revelou-se muito importante e positivo, uma vez que a totalidade dos pais demonstrou vontade de aplica-la nos cuidados de higiene ao RN aquando da alta, reconhecendo assim as suas vantagens e forma de execução. Esta técnica inovadora e criativa foi muito bem aceite pela equipa e pelos pais, o que me deixou bastante satisfeita.

Pelo atrás referido, dirigi o meu foco de atenção para o estabelecimento de uma comunicação com os pais dos RN hospitalizadas na UCIN. A comunicação com os pais permitiu escutar as suas preocupações e detectar o seu nível de ansiedade, o ensino desta técnica promoveu resposta em colaboração com os enfermeiros do serviço, diminuindo-lhes o sentimento de impotência, fornecendo informação sobre a técnica, demonstrando como se faz, ajudando-os a adaptar-se à incerteza e a lidar com o medo de dar banho a um bebé tão pequeno, proporcionando-lhes segurança nos cuidados, suporte e apoio. Foi reforçado aos pais a importância das condições adequadas ao desenvolvimento desta técnica, da necessidade de isolamento do ruído, da temperatura da água do banho para um melhor controlo da temperatura corporal e sobretudo a segurança do bebé.

O EESIP deve ser alguém com potencial humano, que motive e explore juntamente com o cliente os recursos possíveis para resolver o seu problema. A este propósito, (HESBEEN,2001) refere o enfermeiro perito como alguém que *"aumenta os caminhos possíveis"*, facto pelo qual a presença de um EESIP representa um recurso indispensável, especialmente quando falamos de educação para a saúde. Com o desenvolvimento desta actividade, a minha actuação enquanto futura EESIP, centrou-se na promoção da vinculação de forma sistemática ao RN, proporcionando a utilização de *"(...) estratégias para promover o contacto físico do pais/RN"* e o envolvimento *"(...) dos pais na prestação de cuidados ao RN"* (OE, 2009, p.23). Com esta passagem pela UCIN, consegui englobar o RN, família e equipa multidisciplinar promovendo de uma forma mais positiva para todos, o internamento destes RN, o que demonstra uma preocupação com o conforto e bem-estar do RN e sua família, que é papel do EESIP.

Esta adaptação permanente a um contexto incógnito no sentido de se quererem concretizar determinados objectivos permitiu o desenvolvimento das competências de demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização de SIP; e de promover a formação em serviço na sua área de especialização de SIP, competências que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

2.3.3 - Caracterização do Local de Estágio Urgência Pediátrica - Centro Hospitalar de Torres Vedras

O CHTV é situado na cidade de Torres Vedras e inserido na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e sub-região de saúde de Lisboa. Tem uma área de influência dos seguintes concelhos do Distrito de Lisboa: Torres Vedras, Lourinhã, Mafra, Cadaval e Sobral de Monte Agraço, articula-se com os respectivos centros de saúde e suas extensões, servindo crianças com idades compreendidas entre o nascimento e 18 anos menos um dia.

O Serviço de Pediatria é composto por vários sectores, nomeadamente, uma unidade de UP, que incorpora a unidade de internamento de curta duração (UICD), uma unidade de internamento, que abrange as valências de pediatria médica e cirúrgica (cirurgia geral, ortopedia e otorrinolaringologia) e uma UCERN. A lotação total do serviço é de 34 camas.

O SUP do CHTV dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por 1 enfermeiro, 2 ou 3 médicos, e 1 auxiliar de acção médica. Conta ainda com o apoio da assistente social, dietista auxiliares de alimentação, secretária de unidade, segurança, polícia e outras especialidades médicas sempre que solicitadas.

A equipa de enfermagem tem como missão – *"prestar cuidados de saúde globais centrados na família, favorecendo o desenvolvimento harmonioso das crianças e contribuindo para que*

atingam um novo equilíbrio no seu estado de saúde, com qualidade e em tempo útil" (CHTV, 2005, p.4).

2.3.4 - Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas

Na prática diária que antecedeu este estágio e no decorrer do mesmo, fui avaliando, através da minha prestação de cuidados, da relação com equipa multidisciplinar, com as crianças e seus pais, algumas lacunas existentes relativamente à minha temática no serviço de SUP no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, demonstrando o desenvolvimento da seguinte competência: reflectir sobre a minha prática, de forma crítica. UCP (2008).

Num SUP e na nossa prática diária, somos confrontados com a necessidade de executar procedimentos que provocam dor, desconforto e aumentam os níveis de ansiedade da criança, não podendo deixar de ter como base fundamental do meu estágio a dor que as crianças carregam e a experiência de dor a que estão sujeitas na vinda à UP, pretendo assim contribuir para a melhoria efectiva da qualidade de cuidados nas crianças que recorrem a UP do CHTV.

O facto de ser um estágio em contexto profissional permitiu uma maior noção da realidade do serviço, uma actuação mais rápida e eficaz e uma maior tomada de consciência da realidade, proporcionando uma plena adequação dos objectivos de aprendizagem e actividades que desenvolvi.

O objectivo definido para este local de estágio foi:

- Contribuir para o alívio da dor na criança/família face aos procedimentos invasivos realizados na Urgência Pediátrica no âmbito do conforto físico.

O exercício profissional autónomo é caracterizado pela tomada de decisão, que implica uma abordagem sistemática e sistémica. Depois de realizado o diagnóstico de dor, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a resolver ou minimizar o problema real identificado. Os enfermeiros decidem sobre as escalas a utilizar na prestação desses cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando confiança e promovendo a participação activa da criança e família, conforme descrito no REPE.

Como tentativa de analisar de forma mais objectiva as respostas à dor e reduzir a interpretação errónea da mesma, o CHTV já possui um Protocolo da Dor que é utilizado por diversas valências do Hospital, e é constituída por escalas multidimensionais que analisam parâmetros anteriormente referidos. As escalas podem ser classificadas como compostas (quando avaliam as alterações comportamentais e fisiológicas) ou comportamentais (avaliam apenas as alterações comportamentais) (PINHEIRO e BRAVO, 2007). Das diversas escalas que se

encontram validadas, todas elas apresentam vantagens e desvantagens. Por isso, consoante o serviço ou instituição, elas devem ser analisadas e protocoladas, de modo a evitar dificuldades de interpretação.

Na perspectiva de MONTEIRO (2007, p.3) *"a dor é uma experiência humana profundamente solidária"*, pelo seu carácter singular na experiência pessoal, tornando-se intransmissível e incomunicável ao outro em toda a sua amplitude, ou seja, podemos avaliar e compreender a dor de alguém mas não podemos sentir o que ele sente na realidade...sofremos com o doente mas não como o doente.

É um grande desafio já que a dor é, antes de tudo, subjectiva variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais, e em particular na criança a avaliação da dor depende da relação entre a idade, desenvolvimento neurológico, do ambiente psicossocial e da natureza da acção.

Segundo VALADAS (2003), deve-se atender a determinadas regras durante a avaliação e registo da dor, para se obter uma monitorização fidedigna:

- ➔ O registo da dor deve ser iniciado no momento da admissão do doente;
- ➔ O enfermeiro escolhe a escala, que melhor se adapta à condição do doente a partir daí, todos os enfermeiros devem utilizar a mesma escala, quando avaliam a dor nesse doente para que haja uniformização na avaliação e no registo da dor;
- ➔ É fundamental que o enfermeiro assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada;
- ➔ A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente (se possível);
- ➔ À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita;
- ➔ A avaliação deve ser feita e registada pelo menos uma vez por turno, e sempre que a situação o justifique;

Uma avaliação apropriada ao nível da enfermagem deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar. Esta mesma avaliação precisa das intervenções de enfermagem, podendo até sugerir alterações nestas intervenções. Os cuidados de enfermagem são uma arte, onde cada uma das partes é indissociável de um conjunto de intervenções, que faça sentido para cada pessoa (HESBEEN, 2000).

Um objectivo a atingir pelo CHTV e como critério de qualidade é a implementação da avaliação sistémica da dor a todos os utentes que recorrem a esta instituição de saúde, existindo já formado um Grupo da Dor com o propósito de atingir este objectivo. Este grupo é constituído por enfermeiros de diferentes valências do CHTV e por uma responsável da qualidade.

Apesar do objectivo do CHTV ser implementar a avaliação e registo sistemáticos da dor a todos os clientes que recorrem ao CHTV, de existir uma sensibilização e formação desenvolvida pelo Grupo da Dor do CHTV neste âmbito e da legislação obrigar a uma conduta de avaliação e gestão sistemática da dor, constata-se que na UP a dor aguda ainda não está a ser devidamente avaliada e gerida nos utentes pediátricos.

As principais dificuldades do Grupo da Dor nesta implementação nos diferentes serviços do CHTV, prende-se pela definição do local indicado e ideal de registo da dor e pela adesão dos profissionais de saúde à sua avaliação e registo.

Reflectindo sobre esta temática e em conversa informal com a enfermeira orientadora, constatei a importância de avançar com a avaliação da dor na UP com recurso as escalas já existentes e preconizadas no CHTV e definir a forma e local de registo.

Para dar resposta a este objectivo, defini o local de registo de avaliação da dor no programa *Alert*[®]. De forma a guiar a intervenção da equipa de enfermagem do CHTV na aplicação das escalas da dor adequadas a cada faixa etária, assim como o registo desta informação no programa *Alert*[®], **elaborei um manual de orientação para profissionais** (ANEXO X).

Este manual ficou disponível na UP de forma a ser consultado pela equipa. É constituído por fundamentação teórica, registo da dor na UP, escalas da dor adequadas a cada idade, protocolo da dor e diferentes documentos em que me apoiei ao longo do estágio. Tem como especial objectivo a implementação desta actividade e uma fácil consulta por parte dos enfermeiros do serviço ou de novos profissionais, para que desta forma se consiga uniformizar os cuidados prestados.

Para divulgar o meu projecto de estágio, sensibilizar para esta problemática e orientar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor, **realizei uma acção de formação a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria, intitulada "Implementação da avaliação da dor na UP"** (ANEXO XI). Com esta formação foi decidido em equipa, esta implementação no dia seguinte à formação. Utilizei ainda momentos informais na passagem de turno para reforçar esta actividade à equipa.

Desta forma, foi iniciada a avaliação da dor na UP a todas as crianças internadas na UICD, sendo assim, **implementada a avaliação sistemática da dor na UP**.

Com esta implementação, a UP já ficou alvo de auditorias por parte do Grupo da Dor do CHTV, que já realiza auditorias aos serviços que já cumprem este requisito da instituição uma vez que é um critério de qualidade.

As auditorias nos serviços de saúde permitem avaliar a qualidade, a propriedade e a efectividade dos cuidados prestados ao utente, visando a melhoria progressiva destes cuidados prestados, contribuindo assim para o aumento da satisfação do utente. As auditorias permitem, *"implementar saber a percentagem de utentes / pessoa significativa, a quem foi avaliada a dor, com recurso à escala adequada ao grupo etário"* (CHTV, 2007, p.16)

Uma vez que a Enfermeira orientadora pertence a este grupo e ela mesmo realiza auditorias internas, constatamos em conjunto que não era necessário fazer nenhuma informação formal da implementação da avaliação sistémica da dor na UP, uma vez que ela mesma transmitiria ao grupo em reunião que tinha agendada brevemente.

Julgo que a implementação da avaliação sistemática da dor na UP foi uma mais valia, uma vez que vai aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem que prestamos as crianças que recorrem a UP. Na avaliação da dor de forma sistemática, actuei como modelo na sua prevenção e. Esta actuação foi uma estratégia que também facilitou a integração da equipa de enfermagem nesta actividade inovadora.

A implementação da avaliação da dor na UP permitiu decidir de forma autónoma sobre a escala a utilizar para cada criança mediante a situação e o desenvolvimento cognitivo desta e, assim, adequar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas necessárias, esperando que seja facilitador o desafio de avaliar e gerir a dor da criança de forma mais eficaz.

Pretendi, desta forma, contribuir para reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes através da implementação da avaliação sistemática da dor na UP a todas as crianças que permaneçam na UICD. Acredito, que a facto do registo ser informatizado e ter por suporte um manual orientador, permitirá seleccionar a informação pertinente a ser registada de uma forma simples, clara e coerente.

Com o desenvolvimento desta actividade, a minha actuação enquanto futura EESIP, centrou-se na correcta gestão diferenciada da dor, e do bem-estar da criança, garantindo “(...) a gestão de medidas (...) de combate a dor” (OE, 2009, p.22).

Um ambiente hospitalar que vulgarmente se caracteriza como estranho, desconfortável e causador de stress, é comentado por GUERRA (2006, p.15):

«a não familiaridade com o ambiente hospitalar é citada como uma fonte de medo para as crianças. O ambiente hospitalar que espera a criança deve, por isso, ser o mais confortável e menos ameaçador possível, de modo a não aumentar o stress já causado pela doença ou acidente».

A qualidade dos cuidados também passa pela satisfação dos utentes, e um dos elementos importantes para a sua satisfação é o empenho dos enfermeiros com vista a diminuir o impacto negativo do ambiente que envolve o processo de assistência à saúde (OE, 2002).

Um dos inúmeras recursos do enfermeiro que visa diminuir o desconforto ambiental e físico de um SUP face as nossas intervenções à criança/família são a aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, consegue-se através da sua implementação, confortar a criança e sua família e humanizar todo o ambiente envolvente. A criança necessita de estar

confortável para poder interagir com o meio.

O protocolo da dor existente no CHTV, permite aos enfermeiros controlar a dor nos procedimentos dolorosos, mas é exclusivamente um protocolo de estratégias farmacológicas. Perante a constatação destes factos, e a realidade da UP, existe uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem de implementar estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Após **reuniões informais com o enfermeiro chefe e com o enfermeiro orientador**, foi proposta a implementação de estratégias não farmacológicas de redução/prevenção da dor na criança, como forma de minimização da ansiedade da criança/família causado pelo desconforto da vinda à UP. As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos na UP que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento.

Elaborei uma **Norma para o Manual Operativo de Enfermagem acerca da utilização de estratégias não farmacológicas de redução/prevenção da dor na criança** (ANEXO XII), sendo implementado a sua utilização na UP e feita a sua divulgação na formação em serviço que realizei a equipa do serviço de pediatria e que já referi anteriormente. Esta norma constitui uma base estrutural para a tomada de decisão em enfermagem, permitindo não só a melhoria contínua da qualidade, mas também a fundamentação acerca da temática.

Desta forma, **implementei na UP a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor** com o recurso a técnicas de distração, reforço positivo, relaxamento e imagem guiada.

Insisti na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos e promovi sempre a presença dos pais, para a realização de procedimentos invasivos causadores de dor ou ansiedade. Nos bebés a colaboração dos pais foi essencial, o conforto e segurança transmitida pela sua presença e aconchego, fez com que muitas vezes a criança não chorasse ou facilmente revertesse o desequilíbrio emocional resultante do procedimento invasivo.

Nas crianças entre os 15 e 36 meses as estratégias encontradas, foram ler uma história ou cantar uma melodia infantil. Fez com que ficassem mais calmos e se sentissem mais seguras, obtendo assim mais facilmente a sua colaboração, não encarando a lesão corporal com tanto medo.

Nas crianças, a partir dos 5/6 anos, após um procedimento invasivo recorri ao **reforço positivo com entrega de um diploma** de “*Bom Comportamento*”, que já existia na UP, mas que não estava a ser utilizado. No fim de cada procedimento a criança recebeu um o diploma, que ajudou a encarar esta experiência ameaçadora como uma vitória conquistada. foi ainda explicado o procedimento, e feita a negociação com o diploma, como reforço positivo, o que fez com que as crianças fizessem um esforço de valentia perante o procedimento causador de dor ou desconforto.

Nos adolescentes, foram utilizadas técnicas como o **relaxamento e imagem guiada**. Relativamente ao **relaxamento**, como técnica não farmacológica de alívio da dor (PAYNE,

2003, p.3), define-o como *“um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo”*. Refere-se assim ao termo *“relaxado”* não só como relaxamento muscular mas também relativo a pensamentos que proporcionem tranquilidade e ausência de stress. (idem ibidem, 2003) O Relaxamento é uma abordagem actualmente aceite e PAYNE (2003), que refere que o relaxamento induzido pela respiração está directamente relacionado com o sistema nervoso autónomo, que controla a vigília fisiológica. A respiração lenta está associada à actividade do sistema nervoso parassimpático. Nesta linha de pensamento, ao diminuir conscientemente o ritmo da respiração, (respiração abdominal, lenta) é possível controlar os efeitos negativos do stress e combater os sintomas associados ao sistema nervoso simpático (idem ibidem, 2003).

Outra técnica associada foi a **imagem guiada**. Segundo HOCKENBERRY (2009), ao utilizar uma Imagem Guiada, real ou imaginária, deve-se encorajar a criança a concentrar-se em eventos que lhe proporcionem prazer. Pode-se pedir à criança que conte detalhes do evento, incluindo a maior quantidade de sensações possível. Também se pode solicitar à criança para escrever ou gravar a sua narrativa, para depois a reproduzir. Após ter conhecimento do que a criança gostava de fazer, como exemplo, uma criança que goste de ir à praia, era-lhe pedido que imaginasse *“neste momento está na praia, com muito sol, sopra uma brisa fresca e ouve-se as ondas do mar a bater na areia”*. A utilização da imagem guiada em várias crianças e a sua combinação com o relaxamento mostrou-se muito eficaz.

Estas estratégias contribuirão para a diminuição da ansiedade da criança, sendo essencial uma boa qualidade de comunicação e informação à criança e sua família perante o procedimento invasivo. A criança tem medo do desconhecido e se nós podermos mostrar o que vai encontrar com recurso a estratégias torna-se um instrumento facilitador da prestação de cuidados

A actuação como EESIP pode fazer a diferença na adaptação da criança a um evento doloroso. Tendo por referência o conhecimento das experiências anteriores de dor da criança, ele pode adequar, de acordo com os gostos da criança e o desenvolvimento cognitivo desta, intervenções não farmacológicas, complementares das farmacológicas, para as quais preparará a criança/família. Na UP optei pelos métodos como distração com o recurso, ao relaxamento, a imagem guiada e o reforço positivo, estas estratégias têm como objectivo quebrar o ciclo de tensão que precede o procedimento doloroso, e providenciar estímulos que competem com os dolorosos, alterando assim a percepção da dor.

Esta actividade surge como estratégia terapêutica durante a realização dos procedimentos invasivos. Assim, podemos actuar desde que a criança entra no SUP até à realização dos procedimentos necessários, que são uma fonte de stress e ansiedade para a criança e sua família. O EESIP aqui tem um papel fundamental, visto que das suas intervenções depende a forma como a criança vai viver a sua experiência de dor e, sobretudo, a forma como ela irá reagir futuramente a novas sensações dolorosas.

É importante que cada enfermeiro esteja desperto, para a ansiedade que a experiência da hospitalização numa UICD ou até uma simples passagem por um SUP, causa na criança e sua família de forma a encontrar estratégias que reduzam este sentimento. **A presença dos pais/pessoa significativa foi igualmente incentivada por mim**, pois reduzimos por si só o medo da separação e ninguém melhor que eles para nos despertar para a forma como a criança poderá reagir. Assim, é competência do EESIP prestar cuidados adequados à complexidade da situação; estadio de desenvolvimento da criança e dinâmica familiar, promovendo a parceria de cuidados entre enfermeiro, criança e família.

O processo de tomada de decisão sobre a utilização de estratégias não-farmacológicas utilizadas em complementaridade com as estratégias farmacológicas, baseou-se na consulta de bibliografia actualizada e de práticas cientificamente comprovadas que me permitiram agir de forma prudente, ponderando a melhor actuação para a resolução do diagnóstico de dor encontrado pelo enfermeiro. Permitiu-me uma melhor compreensão dos efeitos do uso de estratégias de distração, relaxamento, imagem guiada e reforço positivo na promoção do seu alívio.

Com o desenvolvimento desta actividade, a minha actuação enquanto futura EESIP, centrou-se na correcta gestão diferenciada da dor, e do bem-estar da criança, aplicando "(...) *conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.*" (OE, 2009, p.22).

A permanência num SUP, é grande parte das vezes limitado no tempo e os cuidados muitas vezes são urgentes, este facto faz com a parte psicológica da criança e família seja muitas vezes esquecida. Contudo esta componente é claramente uma necessidade básica e que equilibrada promove uma prestação de cuidados com maior eficácia e qualidade. Ao longo do estágio, pretendi desenvolver actividades que se fundamentam em legislação que defende o direito da criança a ser protegida, especificamente o direito a ser protegida da dor e do sofrimento inútil. Tendo em conta a intervenção dos enfermeiros na protecção das crianças, e sabendo que esta deve ser assegurada em todos os contextos e em todas as situações, o enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, "*Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.*" (OE, 1998, p.54).

É neste sentido que fiz o meu percurso, pelas directivas e legislação que suportam a defesa da criança hospitalizada sem dor, proporcionando-lhe estratégias de alívio da dor tornando o espaço da UP num ambiente mais confortável.

A garantia do cumprimento da avaliação e registo da dor na UP e da colocação em prática do protocolo elaborado acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor promotoras de conforto e diminuição da ansiedade, implicou uma atitude de supervisão constante dos cuidados prestados. Paralelamente, o desempenho de funções de orientação e coordenação de equipas de enfermagem, implica atitudes e comportamentos de supervisão e gestão dos cuidados e de liderança de equipas. Desta forma, neste estágio, foi aprofundada a

competência de liderar equipas de prestação de cuidados na área de especialização de SIP. Os cuidados de enfermagem realizados pela equipa de enfermagem em defesa do alívio da dor do bem-estar e conforto da criança e família, assim como a diminuição da ansiedade das crianças que recorrem ao SU, foram simultaneamente supervisionados. Desta forma, demonstrei a aquisição da competência de exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização de SIP. UCP (2008).

Toda esta etapa na UP e as actividades que decorreram inerentes à implementação da avaliação sistemática da dor e a implementação de estratégias não farmacológicas de alívio de redução/prevenção da dor na criança na UP, demonstraram o desenvolvimento de determinadas competências: tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização de SIP; incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; que são essenciais como futura EESIP, que se encontram contempladas no plano de estudos da UCP (2008).

3 – CONCLUSÃO

Com o presente relatório, pretendi descrever as actividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, assim como a sua pertinência, competências desenvolvidas como EESIP, na prevenção da criança com dor, proporcionando-lhe o maior conforto possível durante a prestação de cuidados. O sentimento dominante é a necessidade de aplicar e divulgar os conhecimentos adquiridos na minha prática clínica, em prol do bem-estar de todas as crianças.

O enfermeiro tem um papel privilegiado na proximidade com a criança e família e é por isso importante a sua intervenção com vista à mudança de comportamentos.

Fiz, por isso, apelo não só a fontes teóricas, como às minhas experiências profissionais, procurando alargar e consolidar os conhecimentos que carecia, para atender não só às exigências da profissão, mas também, e sobretudo, na procura de um cuidar pediátrico de Excelência. A **Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba**, que considerei aplicar-se a temática, tendo contribuído para orientar as minhas actividades e atingir os meus objectivos. Além disso, promoveu a reflexão das actividades realizadas e a decisão no acto de cuidar, facilitando o alcance dos objectivos propostos para a promoção do conforto e alívio da dor. Desta forma, no **módulo I**, destaco a importância do desenvolvimento de medidas não farmacológicas de alívio da dor na criança/família, em procedimentos invasivos como o diagnóstico precoce e a vacinação, pelos benefícios conseguidos e pelas vantagens que trouxe para USFC.

No **módulo III** na experiência em neonatologia destaco a prestação de cuidados ao RN e família de alto risco, a interacção com os familiares dos mesmos, e a implementação de uma técnica inovadora e criativa - o "*Banho Enrolado*". O contributo que deixei na UP foi a implementação da avaliação sistémica do dor na UP e de estratégias não farmacológicas de alívio da mesma, sendo muito benéfico para o alívio da dor na criança/família que recorrem a UP, pois é na maioria das vezes o local onde a criança tem um primeiro contacto com os procedimentos invasivos, que causam ansiedade, medo, dor e desconforto.

Na reconstituição do vivido ao longo dos estágios, posso dizer, que a aplicação desta teoria do conforto foi muito adequada, permitindo a assistência prestada à criança/família com dor. Possibilitou-me ainda a reflexão sobre a prática e desse modo conduziu a minha aprendizagem na procura dos conhecimentos que necessitava. Tive a oportunidade de prestar cuidados nas três áreas de prevenção, promovendo assim na criança e família uma nova condição ou adaptação à situação, prevenir efeitos adversos de experiências menos positivas de dor e apoiar o outro em momentos como medo, dor ou ansiedade. Desenvolvi ainda durante este percurso, capacidades de comunicação com a criança/familiares, essenciais a uma boa relação

terapêutica entre o enfermeiro e o seu utente, facilitadoras do processo de cuidar. Os cuidados de enfermagem são uma arte, onde cada uma das partes é indissociável de um conjunto de intervenções, que faça sentido para cada pessoa (HESBEEN, 2001).

Reflectindo sobre a minha execução, considero ter cumprido os objectivos traçados, ao longo do meu percurso de desenvolvimento como EESIP, transmitindo a minha evolução académica e profissional ao longo dos diferentes módulos de estágio. A efectiva gestão da dor tem um papel decisivo para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, essencial para que seja legitimada. Foi, sinceramente, uma opção feliz e muito proveitosa. Espero ter conseguido descrever e transmitir de forma reflexiva e crítica as actividades que desenvolvi para a concretização dos objectivos traçados e ao mesmo tempo, ter contribuído para reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes, nomeadamente: Continuar a discutir a dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, utentes, associações de utentes, de prosseguir a investigação na área da dor e aumentar a respectiva formação nesta área, de forma a incrementar a disponibilidade e competência para a avaliação e tratamento da dor na criança.

Considero que ao longo do meu percurso académico, consegui cumprir o meu objectivo geral, e desta forma, desenvolver competências no âmbito da enfermagem avançada na assistência à criança/família com dor, através do alívio e minimização da dor, nos diferentes contextos da prática profissional, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

Com todo este percurso, foi possível adquirir e aprofundar competências essenciais e fundamentais ao meu dia-a-dia como EESIP e assim continuar o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Pretendo assim prosseguir com a minha vida académica e continuar a investir na minha formação profissional, reconhecendo que o saber nos transforma e nos pode tornar melhores, mais conscientes, sempre com vista à excelência do cuidar em enfermagem. Ser cada vez mais competente e autónoma, centrada em lógicas conceptuais que se concretizam nas relações que estabelecemos no seio da equipa multidisciplinar. É para mim um privilégio ter esta missão de trabalhar com crianças... porque elas são o melhor do mundo.

Como sugestões, e para finalizar, gostaria de levantar algumas questões pertinentes. Apesar da dor ser um tema muito debatido, e alvo de vários investimentos através da implementação de políticas de saúde adequadas nos últimos anos, questiono: Qual a perspectiva das US acerca da dor do utente pediátrico? Qual a perspectiva dos pais sobre a utilização de estratégias de alívio da dor dos seus filhos? Enquanto EESIP, temos a função de actuar junto das equipas de saúde e actuar como agentes de mudança, divulgando os conhecimentos adquiridos como EESIP, em prol do bem-estar da criança e na prossecução do objectivo "*criança sem dor*".

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, Arminda – **A criança e seus jogos**. Marialzira Perestrello, (trad.). Porto Alegre: Aritmed, (1992), p. 11-18
- ARRUDA, Eloita Neves; NUNES, Ana Maria Pereira. – **Conforto** – [em linha] 7 (2): 93-110, Maio – Agosto 1998. – [Consultado em 20 de Janeiro 2010]. Acessível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=275490&indexSearch=ID>
- ATKINSON, L.D. MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.
- AZEVEDO. Moreira A. Carlos, AZEVEDO de Gonçalves Ana – **Metodologia Científica – Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos**, 9ª Ed. ISBN 978-972-0212-2 Outubro de 2008 Universidade Católica Portuguesa Editora - 178 páginas
- BATALHA, Luís; SANTOS, Luís Almeida; Guimarães, Hercília – **Dor em Cuidados intensivos neonatais**. *Acta Pediátrica*. nº38, 2007, p.144-151
- BARROS, ML - **Environmental Influences Alter Motor Abilities Acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.61, n.2-A, (2003), p.170-75
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. (2001). 294 p. ISBN 972-8535-97-7.
- BURR, Sue – **A dor na infância**. *Nursing*. Lisboa. Nº10 (1988), p.41 – 45
- CARBAJAL, Ricardo et al - **Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial. Medical publication of the year**. 2003. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Acessível em: <http://www.bjm.com/cgi/content/full/326/7379/13> a 20 de Janeiro de 2011.

- CASEY, Anne; MOBBS, Sara – **Partnership in practice**. In: *Nursing Times*. November, 2. Vol. 84. Nº 44, 1988
- CASTRO LOPES, José M. – **Dor – 5º sinal vital** [on line]. Junho 2003. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Acessível em: http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/dor_5_sinal.xml.
- CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS (CHTV) - **Guia de Acolhimento do Serviço de Pediatria**. 2005, p.3-5
- CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS (CHTV) – **Protocolo da Dor**. 2007, 12 p.
- CORREIA, M Ivone – **Kit Sem “Doi-Doi”**: Para ajudar a criança a lidar com a dor. **Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN 0871-8008. 61 (2006) p. 38-46.
- DAHLQUIST, M., BUSBY, M., SLIFER, J., EISHEN, S., HILLEY, L., & SULC, W. - **Distraction for children od different ages who undergo repeated needle sticks**. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(1). 2002. 22-34.
- DECRETO – LEI n.º 161/96. D.R. I Série – A. 93 (21-4-1998). 1739-1757 N.º1 do Artigo 4.º do Dec-Lei 161/96)
- DECRETO - LEI n.º437/91 – D.R. - n.º3 do Artigo 7.º de 8 de Novembro
- DEODATO, Sérgio - **Critérios de Agir profissional**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. 29 (2008), p.45-50.
- DÍAZ-GOMEZ, N. M., ABAD, F, e DOMENECH, E. – **Tratamiento del dolor en el recién nacido Relan**, (1999), P. 86-93. [Consultado em 12 de Outubro de 2010]. Acessível em : <http://www.se-neonatal/relan/74-79.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD. 18-06-2008. **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: DGS. [Consultado em 10 de Fevereiro de 2010] Acessível em: www.dgs.pt.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa, DGS, (2001). 60 p. ISBN 972-9425-95-7.

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa nº9/DGCG. 2003. **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** Lisboa: DGS.[Consultado em 10 de Fevereiro de 2010] Acessível em : www.dgs.pt.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil.** Lisboa, DGS, (2005).
- DOWD, Thérèse – Katharine Kolcaba. **Teoria do conforto.** TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. – Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem, 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 481-495. ISBN 972-8383-74-6
- EDWUINSON, M., ARNBJORNSSON, E. & EKMAN, R. - **Psychologic preparation program for children undergoing acute appendectomy.** *Pediatrics*, 82, (1988). p. 30-35.
- FERNANDES, Ananda – **Crianças com dor – o quotidiano do trabalho com crianças** – Coimbra: Quarteto Editores. (2000). ISBN 972-8535-49
- FOWLER-KERRY, S., & LANDER, J. - **Management of injection pain in children** - (1987), p.127.
- FREITAS, Silva GR., LEITE, de A.T, GIMEDIZ G. MT - **Aplicação da Teoria Interpessoal com Puérpera Adolescente.** 2006, p.78-85
- FROTA, M.A. *et al.* **O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas.** 2007.
- GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; Dias, Naudia da Silva – **Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário.** (2002) [Consultado em 27 de Fevereiro de 2010]. Acessível em <http://www.abensp.org.br/repen/v21n3/artigo4.pdf>>
- GASPARDO, Cláudia Maria – **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose** – dissertação de mestrado. São Paulo, (2006).
- GUERRA, M. - **Recreação e Lazer.** - Porto Alegre, Ed. Sagra, (2006).

- HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital**. Loures: Lusociência. 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, (2001). 220 p. ISBN 972-8383-20-7
- HOCKENBERRY, Marilyn J – **Wong`s Essencial of Pediátric Nursing**. 7th ed. St Louis: Mosby Elsevier, 2005. 1307 p. ISBN 13: 978-0-323-02593-5.
- HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David. – **Wong`s Essencial of Pediátric Nursing**. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier, 2009.1245 p. ISBN: 978-85-323-05353-2.
- IASP - **Classification of chronic pain**: descriptors of chronicpain syndromes and definitions of pain terms. 2th ed. Seatle: IASP Press; 1994, p.3.Consultado em 2 de Fevereiro de 2011] Acessível em <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. – **Assistência aos Pais**. 1982.;
- KOLCABA, K. **A theory of holistic comfort for nursing**. Journal of Advanced Nursing, 19, (1994). p 1178-1184.
- KOLCABA, Katharine; DIMARCO, Marguerite A. – **Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing**. Pediatric Nursing. 35:3 (May/June, 2005) 187-194. Consultado em 5 de Abril de 2011] Acessível em http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html. ISSN: 0882-5963
- LAMEGO D, Deslandes S, Moreira, ME - **Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica**. Ciência & Saúde Colectiva. 2005; 10 (3): 669-75.
- LEININGER, M. - **Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices**. J Transc Nursing. 2002; 13(3):189-92.
- LEITE, Adriana Moraes; CASTRAL, Thaila Corrêa; SCOCHI, Carmen Gracinad Silvan – **Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?**. Revista Brasileira de Enfermagem. Nº59 (2006) p.538-542. [Consultado em 1 de Março de 2010]. Acessível em: www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf

- MAGDALENO, Sílvia Raquel Milman – **Dor no RN**. In MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renatos et al – Neonatologia Princípios e Prática. Porto Alegre. 2ª ed. Artes Médicas, (1997), p.129 – 134. ISBN 85-7307-242-3.
- MAIA, M.J.C - **O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno**. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS. 2007.
- MARTINS, Alice G. – **Alguns aspectos psicológicos da humanização in Humanizar o Atendimento à Criança**; Lisboa: TIP. HENRY GRIS, 1991. 1ª ed. ISBN 972-95606-0-9 p. 25 - 42
- MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987. 425 p.
- MALDONADO, Maria Tereza. - **Psicologia da gravidez parto e puerpério**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.
- MONTEIRO, Arminda; CORREIA, Ivone - **Relatório do projecto “Dor - 5º sinal vital: Avaliação e Registo Sistemático da Intensidade da Dor”**. Lisboa: HDE. [Trabalho não publicado, disponível na Biblioteca do Hospital de Dona Estefânia]. Projecto Institucional. (2007).195 p.
- MOORE, K.; PERSAUD, T- **The Developing Human: Clinically Oriented Embryology**. 8th. [s.l.]: Elsevier, 2007. 536p.ISBN 978-1-4160-3706-4
- MOTT, S. R.; [et al.] - **Nursing Care of Children and Families: a holistic approach**. Califórnia: Addison-Wesley, 1994. 1794 p.
- NEMAN, F.; SOUZA, M. F. - **Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto**. Revista Nursing, v. 56, n. 6, 2003. p. 28-31.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro de 2002, 19p.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Recomendações para a elaboração de Guias orientadores de Boas Práticas de Cuidados.** Comissão de Formação. Julho 2007
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria:** documento de trabalho. I Conferência de Regulação. Lisboa, (2008).
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor: Guia Orientador de Boa Prática.** 1. Lisboa: OE, 2008. 55 p. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.** Caderno Temático. Dezembro 2009.
- **PAYNE, Rosemary - Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde.** 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. 278p. ISBN:972-8383-41-X.
- **PHIPPS, Wilma – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.** (1995). P.303.
- **PINHEIRO, Ana Cristina N. M. e BRAVO, Marias T. F. P. – Aplicação de Escalas para Avaliação da Dor no Recém-Nascido.** *Rev. Portuguesa de Enfermagem*, Amadora: ISSN 0873-1586, n.º 10, Abril/Maio/Junho, 2007, pp. 41-48;
- **REPE- Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros** aprovado pelo decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- **RIBEIRO, P. de J.; SABATÉS, A. L.; RIBEIRO, C. A. - Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue.** *Rev. Esc Enferm USP, São Paulo*, v.35, n. 4, p. 420-28, 2001.
- **RUSY L.; WEISMAN S - Complementary therapies for acute pediatric pain management.** *Pediatr Clin North Am.* ISSN 0031-3955. 47 :3 (2000) p.589-599.

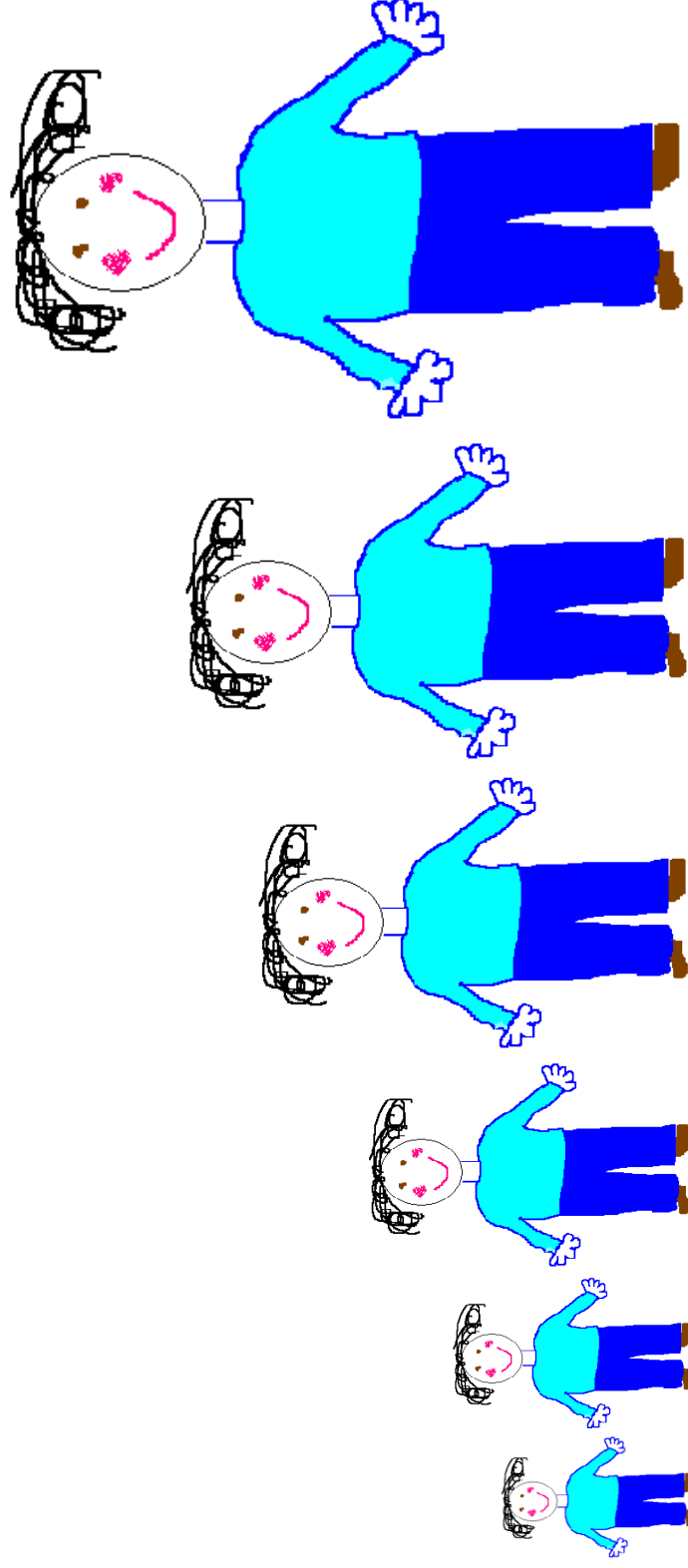
- SANTOS, Leonor – **A dor na criança: Atendimento de crianças e Jovens nos Centros de saúde.** Boletim de Instituto de Apoio à criança, nº83, separata nº21 (Janeiro/ Março 2007).
- SANTOS, W – **Banho humanizado em recém-nascidos prematuros (2010).** [Consultado em 2 de Outubro de 2010]. Acessível em: www.jusbrasil.com.br/.../trabalho-cientifico-sobre-banho-humanizado-sera-apresentado-na-santa-monica
- SCHECHTER, L.N. et al – **Pain Reduction During pediatrics Immunizations: Evidence – Based Review na Recommendations: pediatrics – Official Journal of the American academy of pediatrics.** (2007) [Consultado em 10 de Fevereiro de 2011]. Acessível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1184>
- SCHWOB, Marc. - **A Dor.** Lisboa: Instituto Piaget, (1997), 126p. ISBN 972-8407-22-X.
- SHAH, PS - **Breastfeeding or breas milk for procedural pain in neonates.** Canada. 2006. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Acessível em: <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/shahprak/shahprak.htm>
- SIQUEIRA, KM - **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais.** Rev. Latino Americana de Enfermagem. 2006. Vol.15, nn.1; p.68-s73. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Acessível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a08v15n1.pdf>
- SILVEIRA, M. e ALMEIDA, R. - **Caminhos para a Inclusão Humana.** Porto: Edições Asa. (2005).
- TAMEZ, Raquel N., SILVA, Maria J.P. - **Enfermagem na UTI neonatal.** Guanabara-Koogan, (2002)
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: **Regulamento Geral.** (2008). 14 p.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde – **Plano de Estudos Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.** (2008). 3 p.

- VALADAS, Maria dos Anjos - **A monitorização da dor como 5º sinal vital**. - Revista Sinais Vitais nº51. (Novembro de 2003). P.5
- WONG, Donna - **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (1999).
- ZORZETTO, Ricardo – **A face inocente da dor** – Jornal da Paulista. Janeiro 2000, ano 13, nº139.

ANEXOS

ANEXO I
Guia da Consulta de Saúde Infantil

GUIA DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



TRABALHO ELABORADO POR:

ANDREIA MOTA E MARA LOURENÇO

ALUNAS DO 3º CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE INFANTIL E PEDIARIA DA UCP, 2010

ORIENTAÇÃO: ENFª CANDIDA PEREIRA, ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL

USF CASTANHEIRA

1º CONSULTA

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso diminuiu até 10% nos 1º dias, que recuperou até 15º dia; Aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1º a 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial - Vantagens do AM; Alimentação Materna</p> <p><u>VITAMINAS</u> <u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; Coto Umbilical; Pele, Corte de unhas, Lavagem da roupa do bebê.</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância)</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> +/- 16 horas por dia (Variável)</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, Diferentes tipos</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte do RN; Queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Temp >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre, Choro forte/persistente> 4h; Prostração; Recusa alimentar; Petéquias; Vômitos; Diarreia</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta; Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Verificar a realização do Diagnóstico Precoce; Legislação Maternidade Paternidade; Revisão Puerpério/Contraceção.</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Prensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Suturas: Afastamento; Cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias-Volume; Secreção ;Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (Cordão Umbilical; Timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas - Sinal de Ortolani) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. Ventral levanta a cabeça Dec. Dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectida</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interacção</p>

CONSULTA do 1º MÊS

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1º e 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Alimentação Materna <u>VITAMINAS</u> <u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; Corte de unhas <u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância) <u>HABITOS DE SONO</u> +/- 16 horas por dia (Variável) <u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister <u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, Diferentes tipos <u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte do RN; Queimaduras; Quedas; Asfixia <u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Temp >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h <u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre, Choro forte/persistente>4h; Prostração; Recusa alimentar; Petéquias; Vômitos; Diarreia</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Verificar a realização do Diagnóstico Precoce; Legislação Maternidade Paternidade</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Prensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; Cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe <u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias-Volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras) <u>ABDÓMEN</u> (Coto Umbilical; Timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u> (Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u> (Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. Ventral levanta a cabeça Dec. Dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectida</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interacção</p>

CONSULTA dos 2 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1 e 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Alimentação Materna</p> <p><u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; Corte de unhas</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância)</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Rituais de Sono, Quarto próprio.</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, Diferentes tipos <u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ; Queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Temp >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Choro; Obstrução nasal; Diarreia; Obstipação; Tosse Vacinas – Reações às vacinas</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Legislação Maternidade Paternidade</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Prensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Suturas: Afastamento; Cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias; Volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (Timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. Ventral levanta a cabeça Dec. Dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectida</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interacção</p>

CONSULTA dos 4 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 3 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem; Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1.º e 6 meses. <u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial - Vantagens do AM; Alimentação Materna; Diversificação alimentar. Papas sem glúten não lácteas - se LM ou HA; 1 semana depois Sopa. Fruta (pêra, maçã, banana) <u>VITAMINAS</u> <u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância) <u>HÁBITOS DE SONO</u> Rituais de deitar <u>HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> A introdução dos legumes poderá provocar alterações no padrão de eliminação. <u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Conversar com a criança; Colocá-la em frente ao espelho; Brinquedos coloridos e barulhentos, imitar a criança. <u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ;Queimaduras; Quedas; Asfíxia <u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Tax >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h <u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; Petéquias; Sinais meníngeos; Prostração; Recusa alimentar; Vómitos incoerçíveis; Diarreia; Sinais de desidratação; Dificuldade respiratória. <u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Legislação Maternidade Paternidade</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas <u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Prensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky <u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior - aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; Cavalgamento <u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe <u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias-Volume.; Secção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vertebrae) <u>ABDÓMEN</u> (Timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. Ventral apoia nos antebraços. Dec. Dorsal postura simétrica Membros c/ mov. ritmados Tração pelas mãos, cabeça erecta coluna dorsal direita. De pé flexa os joelhos, não faz apoio. <u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em dir. à face. Segue uma bola pendente ½ circ. e horizontal. Convergência Pestanejo de defesa. <u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Atende e volta-se geralmente aos sons. <u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Sorri. Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Deixa cair a cabeça para trás; Membros rígidos em repouso; Postura assimétrica; Pobreza de movimentos. <u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Mão sempre fechadas; Não fixa os objectos com os olhos; Não segue os objectos com os olhos; <u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Sobressalto ao menor ruído; <u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não sorri; Chora e grita sempre que se lhe toca;</p>

CONSULTA dos 6 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 6 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem; Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1.º e 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Carne, Glutén, logurte natural + fruta passada ou bolacha “Maria” <u>VITAMINA D</u> -1 gota/dia (até 12 meses de idade) <u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância) <u>DENTIÇÃO</u> Incisivos centrais inferiores; Lavagem dos dentes, Pastas com Flúor.</p> <p><u>HÁBITOS DE SONO</u> Ritual de deitar <u>HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Aquisição de Padrão intestinal e Vesical próprio.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Angústia da separação a partir do 7º mês; Choro. <u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ; Queimaduras; Quedas; Asfíxia <u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Temp >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h <u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; Petéquias; Choro forte/persistente > 4h; Prostação; Recusa alimentar; Vômitos; Diarreia; Sinais de desidratação.</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; Cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe <u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias- Volume.; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras) <u>ABDÓMEN</u> (Típanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. Ventral apoia nas mãos. Dec. Dorsal levanta a cabeça. Membros inf. na vertical dedos flectidos. Tração pelas mãos faz força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio. De pé faz apoio.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> tem preensão palmar. Leva objectos à boca Transfere objectos. Se o objecto cai esquece-o imediatamente. Boa convergência (estrabismo anormal)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Muita activo, atento e curioso.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de controlo da cabeça. Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar a criança; Assimetria.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não olha nenhum objecto; Não pega em nenhum objecto; Estrabismo manifesto e constante;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não reage aos sons; Não vocaliza;</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Desinteresse pelo ambiente; Irritabilidade, estremece sempre que alguém lhe toca;</p>

CONSULTA dos 9 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M. SHERIDON 9 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 90 a 150g/sem; Comprimento – 1,25 cm/mês; P. Cefálico 0,5 cm/mês.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Introdução do peixe – solha, linguado, pescada. 10 meses: gema de ovo (¼) e laranja</p> <p><u>DENTIÇÃO</u> Incisivos laterais superiores; Lavagem dos dentes, Manha e Deitar.</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Ritual da hora de deitar</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes. Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Põe-se em pé com ajuda; Linguagem – começa a dizer algumas palavras; Brinquedos adequados.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ; Queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Temp >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; Petéquias; Choro forte/persistente > 4h; Prostração; Recusa alimentar; Vômitos; Diarreia; Sinais de desidratação.</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; Cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias - Volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (T·impanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume; Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Senta-se só e fica 10 a 15 minutos Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca Aponta com o indicador Tem pinça. Atira os objectos ao chão deliberadamente. Procura o objecto que caio ao chão.</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Atenção rápida para os sons perto e longe. Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Leva uma bolacha a boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Não se senta; Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição; Assimetria.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não tem preensão palmar nem leva objectos à boca; Não reage aos sons (voz, roca, chávena, colher); Estrabismo</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Apático, não interage com familiares; Engasga-se com facilidade.</p>

CONSULTA dos 12 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDON 9 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u> <u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 90 a 150g/sem; Comprimento – 1,25 cm/mês; P. Cefálico 0,5 cm/mês. <u>ALIMENTAÇÃO</u> Leite; Couve; Leguminosas; Ovo completo; Anorexia fisiológica. <u>ANOREXIA FISIOLÓGICA</u> <u>DENTIÇÃO</u> Incisivos centrais superiores; Lavagem dos dentes, Manha e Deitar. <u>HABITOS DE SONO</u> Ritual ao deitar <u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes. Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister. <u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Necessidade de disciplina – Regras; Birras; Brincadeira. <u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Cuidado com: Locais de armazenamento de detergentes, produtos tóxicos e medicamentos; Não guardar em embalagens alimentares. <u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se Tax >38°C; 1º dar Paracetamol 6h/6h pode fazer Ibobrufeno 8h/8h <u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; Petéquias; Choro forte/persistente > 4h; Prostração; Recusa alimentar; Vômitos; Diarreia; <u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas <u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> Fontanelas Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; Cavalgamento <u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; Palato; Língua; Orofaringe <u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias) <u>TORAX ANTERIOR</u>(Forma; Glândulas mamárias-Vol.; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras) <u>ABDÓMEN</u> (T·impanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u>(Volume, Cor; Secreção) <u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações) <u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações) <u>COXAS</u>(Abdução; Simetria das pregas) <u>PÉS</u>(Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Passa de dec. Dorsal a sentado Tem equilíbrio sentado Gatinha Põe-se de pé e baixa-se, apoio de duas ou uma mão. <u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. Procura objecto escondido. Interesse visual para perto e longe. <u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Resposta rápida a sons suaves mas habituando-se de depressa Dá pelo nome e volta-se. Jargão. (vocabulário próprio) Compreende ordens simples “dá cá” e “adeus” <u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto. Demonstra afecto.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Não aguenta o peso sobre as pernas; Permanece imóvel, procura mudar de posição; Assimetria. <u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não pega nos brinquedos ou fá-lo com uma só mão; Estrabismo <u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não responde à voz. <u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não brinca, nem estabelece contacto; Não mastiga.</p>

ANEXO II
"Caixa Mágica"

“CAIXA MÁGICA”



ANEXO III
Manual de utilização da “Caixa Mágica”

ACES XII LISBOA ORIENTAL - VILA FRANCA DE XIRA
USFC

MANUAL DE UTILIZAÇÃO DA "CAIXA MÁGICA"



Elaborado por: **Andreia Miranda Mota**
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: Enf.ª ESIP Cândida Pereira
Orientador pedagógico: Professora Elisabete Nunes

Maio de 2010

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO.....	3
1- CAIXA MÁGICA COMO ESTRATÉGIA DE ALÍVIO DA DOR	4
2- BRINQUEDOS ADEQUADOS AS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS.....	5
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
4- REFERÊNCIAS.....	13

0 - INTRODUÇÃO

Este manual foi elaborado no âmbito da Unidade curricular estágio, Módulo I – Saúde Comunitária, integrado no Mestrado de Natureza Profissional em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, e tem como principal finalidade, orientar a utilização da “Caixa Mágica” elaborada no ACES XII - Vila Franca de Xira – Unidade de Saúde da Castanheira que faz parte do projecto de estágio “Estratégias de Alívio da Dor em Saúde Infantil e Pediatria”.

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento. Cabe aos enfermeiros insistir na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos.

Desta forma a “Caixa Mágica” tem como objectivos:

- Apresentar um conjunto de brinquedos adequados a cada faixa etária;
- Prevenir/reduzir a dor na criança no momento da vacinação.

Este manual encontra-se dividido em 3 partes: A primeira parte é constituída por fundamentação teórica acerca da importância da utilização da “Caixa Mágica”, de seguida tem os brinquedos adequados a cada faixa etária tendo em conta a idade a criança e por fim a conclusão.

1 - CAIXA MÁGICA COMO ESTRATÉGIA DE ALÍVIO DA DOR

O "simples acto de brincar" é o recurso que a criança possui para elaborar as suas defesas e se comunicar espontaneamente. É através do lúdico que a criança pode formular a sua realidade e demonstrar os seus verdadeiros sentimentos. O brincar é um factor que gera prazer e é saudável para a criança. Esses factores agem positivamente na recuperação das mesmas, de forma que existe uma "fuga" do momento difícil, passando a ser um momento agradável, podendo gerar também algumas modificações fisiológicas que colaboram com a efectivação e o tempo de tratamento.

ABERASTURY (1992, p. 11-18) afirma que o brinquedo possui muitas características dos objectos reais, mas pelo seu tamanho, pelo facto de que a criança exerce domínio sobre ele, transforma-se num instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas que se engendram na relação com objectos reais. Além disso, o brinquedo é substituível e permite que a criança repita à vontade situações de prazer ou de dor, nas quais ela não pode reproduzir no mundo real. Ao brincar, a criança desloca para o exterior os seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da acção.

É um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde saber fazer do brincar não somente uma mera brincadeira, mas um acto significativo relacionado a uma necessidade de reaver a situação hospitalar com de sujeito. Trabalhar nesta perspectiva é deslocar-se da doença para a saúde de modo a assegurar a possibilidade da criança exercer de forma activa a sua condição.

Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança; pois se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num centro de saúde, procedimentos estes que são a vacinação e o diagnóstico precoce.

Tem de se ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

Os objectivos para a preparação da criança para procedimentos invasivos são:

- Estabelecer uma relação de confiança com a criança;
- Ajudá-la a sentir-se segura no momento em que for submetida ao procedimento;
- Proporcionar-lhe recursos que facilitem a percepção e comunicação em relação à

experiência;

- Diminuir o medo e ajudar a libertar a tensão antes, durante e após o procedimento;
- Substituir conceitos errados e fantasias, levando-a a entrar em contacto com a realidade;
- Dar apoio que lhe permita expressar, de forma segura e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da situação;
- Ajudar a criança e os seus pais a sentirem que são considerados pelo profissional;
- Fornecer meios para que a experiência seja menos traumática possível ou até se transforme em uma experiência construtiva, isto é, de crescimento para a criança e seus pais. (Almeida F. & Sabatés A, 2008)

Brincar é umas das melhores formas de estimular o desenvolvimento e o potencial de uma criança.

Apresentamos desta forma alguns brinquedos educativos indicados para cada faixa etária, que auxiliam no desenvolvimento da criança de forma a serem utilizados na vacinação como forma de distração e de alívio da dor no momento da vacinação.

2- BRINQUEDOS ADEQUADOS AS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

2.1 - LACTENTE - DOS 0 AOS 12 MESES

Desenvolvimento Psicossocial:

- Aprendem ou não, a confiar nas pessoas que cuidam deles. Que lhes satisfazem as necessidades básicas, alimentação, o conforto, os cuidados de higiene e a sensação de segurança;
- A segurança conferida pelos pais permite adquirir uma confiança em relação ao exterior;
- Egocêntricos, extremamente sensíveis ao tacto e contacto corporal, sendo a presença dos pais uma fonte de conforto.

Brinquedos adequados:

- Chocalhos
- Brinquedos musicais
- Bolas com texturas diferentes para serem agarradas com as duas mãos.
- Brinquedos flutuantes (patinhos de borracha que bóiam na água), cubos que tenham guizos embutidos ou ilustrações
- Brinquedos que emitem sons por meio de botões de apertar, girar ou empurrar.

(A “Caixa Mágica” destes brinquedos contém: Chocalhos, Brinquedos que emitem sons e Brinquedos musicais)

Reacção a Dor:

- Chora alto, grita;
- Procura pelos pais com os olhos;
- Movimentos do corpo com rigidez e agitação;
- Resistência física.
- Empurra o estímulo para longe depois de aplicado;
- Expressão facial de dor;
- Evita ou rejeita o contacto com os estranhos.



Procedimentos:

- Colocar a criança numa posição que lhe permita ouvir o coração da mãe e sentir o seu cheiro;
- Permitir que fique ao colo durante o procedimento;
- Manter os pais no seu ângulo de visão;
- Avaliar a ansiedade e stress dos pais, que podem interferir no resultado destas actividades. Deve ser o enfermeiro que conhece a criança a assistir ou realizar o procedimento;
- Utilizar voz calma e suave; gestos e movimentos pausados e delicados;
- Dar a chucha ou um brinquedo colorido e sonoro;
- Acariciar a pele, embalar levemente, cantar, massajar;
- Utilizar manobras de contenção (mãos sobre a cabeça ou abdómen do bebé)

2.2 - TODLER - DE 1 a 3 ANOS

Desenvolvimento Psicossocial:

- Aprendem a ser auto-suficientes ou a duvidar das suas capacidades na realização das suas actividades.
- Adquirem conhecimentos através da imitação dos outros, tendo como resultado final auto-controle e força de vontade.
- Respondem positivamente ao contacto corporal, mas não gostam de ser contidas nem que lhe restrinjam os movimentos.
- Embora já falem, apenas compreendem instruções simples.
- Não é positivo argumentar com uma criança com menos de três anos.
- É importante dar ordens simples, mantendo um ambiente tranquilo e sem factores ameaçadores.
- Através do brinquedo a criança consegue expressar os seus sentimentos, medos e fantasias, dramatizar a situação após a sua realização leva a criança a descarregar a tensão acumulada.
- A criança expressa-se mais facilmente através de uma figura ou de um objecto, integrados numa história ou brincadeira, do que responder directamente a uma pergunta.

Brinquedos adequados:

- Bonecas de tecido e carrinhos
- Livros com ilustrações
- Brinquedos de empurrar ou puxar
- Brinquedos de montar e desmontar
- Brinquedos musicais
- Brinquedos de variadas texturas (estimulam os sentidos da visão, da audição e do tato).



(A “Caixa Mágica” destes brinquedos contém: Brinquedos musicais, Livros com ilustrações)

Reacção a Dor:

- Chora alto, grita (antes, durante e após o procedimento);
- Cerra os dentes;
- Agarra-se aos pais ou a outra pessoa significativa;
- Pode ficar inquieta e irritável;
- Pode oferecer resistência e apresentar comportamentos agressivos (morder,


Procedimentos:

- A abordagem deve ser calma e gradual;
- Explicar o procedimento, utilizando palavras simples e frases curtas, (ex: isto vai ser rápido e depois vais brincar);
- Pode-se aplicar o brincar durante o procedimento;
- Dar uma razão simples e honesta para o

<p>pontapear, bater, fugir);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não coopera: necessita de contenção física 	<p>procedimento, voltada para a necessidade específica da criança dizendo-lhe como ela se irá sentir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A abordagem da criança deve ser firme e segura, os comportamentos positivos da criança devem ser recompensados e a criança deve participar no procedimento; - Colocar um penso no local. Estimular a presença dos pais e a sua colaboração, dando a mão e conversando com a criança;
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3 - PRÉ-ESCOLAR (3 - 5 Anos)

<p style="text-align: center;"><u>Desenvolvimento Psicosocial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Querem tarefas de maior responsabilidade, ultrapassando o limite imposto pelos pais, - Utilizam a imaginação realizam tarefas que lhes permitam atingir os seus objectivos pessoais. - A criança só consegue assimilar um conceito de cada vez, não têm pensamento abstracto, tudo é concreto e directo. - O temor da mutilação está muito patente nesta faixa etária, em que o conceito de imagem corporal está pouco desenvolvido, provocando os procedimentos invasivos elevados níveis de ansiedade. O “tapar” a lesão ou “ferida” preservará no seu pensamento a integridade corporal. - Reagem positivamente a palavras e acções que considerem do seu senso de pensamento mágico. - Esta é a fase do mundo imaginário, onde a sua criatividade está a ser desenvolvida. - Os brinquedos nesta fase devem auxiliar 	<p style="text-align: center;"><u>Brinquedos adequados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bonecas, - Massinha de modelar - Fantoches, instrumentos musicais de brinquedo como pandeiros, pianinhos, trombetas e tambores - Jogos e quebra-cabeças simples - Lápis de cor e papel para desenhar - Livros com diferentes ilustrações e histórias alegres. - Meios de transporte (caminhões, automóveis, motos, aviões, trens eléctricos, barcos e tractores) - Argila para modelar - Pincel - Brinquedos de mágica <p>(A “Caixa Mágica” destes brinquedos contém: Jogos simples, Livros com</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

a criança a entrar no mundo da fantasia	diferentes ilustrações)
<p style="text-align: center;">Reacção a Dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chora alto e grita; - Agitação de braços e pernas, precisa de contenção física; - Reage com agressão verbal ou física: “sai daqui”, “odeio-te”; - Expressões verbais como “ui”, “ai”, “isso dói”, “por favor não, eu porto-me bem”; - Pede apoio emocional, abraços, colo. 	<p style="text-align: center;"><u>Procedimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar o procedimento pouco tempo antes da sua realização, com linguagem simples para que a criança compreenda. - Evitar utilizar expressões que possam ser mal interpretadas pela criança. (ex: “uma pequena picada”, “perder a cabeça”, “pica como uma abelha”) - Dar à criança instruções específicas do que pode ou não fazer. (ex: “podes chorar, mas não podes mexer a mão”) - Utilizar brinquedos ou histórias para explicar o procedimento ou permitir que a criança dramatize a situação. - Clarificar a razão de cada procedimento é efectuado, centrar a comunicação na criança; - Certificar que os procedimentos não são interpretados como castigo. - Incentivar os pais a ficar junto da criança, segurando a mão e conversando com ela, de forma que possa visualiza-los. - Elogiar os comportamentos da criança que facilitaram a realização do procedimento. - Colocar um penso no local de punção.

2.4 - IDADE ESCOLAR (6 - 12 Anos)

<p style="text-align: center;"><u>Desenvolvimento Psicosocial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O principal objectivo é o desenvolvimento de competências, aprendem com entusiasmo. - Se atingirem os seus objectivos sentem-se competentes e produtivas, caso 	<p style="text-align: center;"><u>Brinquedos adequados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiais de papelaria - Instrumentos musicais e electrónicos - Jogos
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

contrário, sentem-se inferiores e inseguras.

- Preocupam-se menos com a dor, do que com a incapacidade ou a possível morte.
- Para além de quererem saber se o procedimento vai ser doloroso, querem saber para que serve, como é que vão melhorar, e o que poderia acontecer se não o realizassem.
- Gostam de privacidade e são extremamente sensíveis a questões que envolvem mentir ou dizer a verdade; sendo muito importante ser honesto para manter a sua confiança.
- É bem sucedido quando elogiado e gosta de se sentir cooperante nas situações.
- O comportamento ritualista é um mecanismo de adaptação frequente

- Jogos de tabuleiro
- Brinquedos colecionáveis
- Brinquedos electrónicos
- Jogos de cartas
- Quebra- cabeças

(A “Caixa Mágica” destes brinquedos contém: Quebra-cabeças)

Reacção a Dor:

- Comportamento esquivo verbalizando frases como “espera um minuto” ou “ainda não estou pronto”;
- Rigidez muscular: punhos cerrados, articulações dos dedos pálidas, dentes cerrados, membros contraídos; olhos fechados, testa franzida;
- Preferem participar no procedimento ou distanciam-se e não querendo olhar.



Procedimentos

- Explicar os procedimentos utilizando terminologia científica correcta; utilizar diagramas simples de anatomia e fisiologia;
- Explicar a utilidade do equipamento utilizado.
- Proporcionar informação específica sobre o segmento envolvido, bem como áreas não atingidas.
- Explicar à criança o que pode fazer para ajudar e elogiar pela sua colaboração.
- Disponibilizar algum tempo antes e após o procedimento, para conversar com a criança a respeito do mesmo.
- Incentivar os pais a ficar junto da criança, segurando a mão e conversando com ela.

2.5 - ADOLESCENTES 12 AOS 18 ANOS

Desenvolvimento Psicosocial:

- Vão estabelecer a sua identidade própria, é uma fase de grandes alterações físicas, psicológicas e sociais; existe uma grande insegurança em relação às futuras responsabilidades e atitudes.
- Necessita de sentir controle da situação e privacidade, devendo ser incluídos na formulação do seu próprio plano terapêutico.
- São muito sensíveis relativamente à sua imagem corporal, preocupando-se com a privacidade.
- Reagem geralmente aos procedimentos com grande auto controle, tendo relutância em expressar a sua dor.

Brinquedos adequados:

- Jogos de cartas
- Quebra- cabeças
- Bola anti-stress

(A “Caixa Mágica” destes brinquedos contém: Bola anti-stress)

Reacção a Dor:

- Menos actividade motora e menos protesto verbal
- Descrevem as experiências dolorosas como “ isso dói” ou “ estás-me aleijar”;
- Mais tensão muscular e controle corporal.



Procedimentos:

- Promover o máximo de informação possível sobre o procedimento a efectuar, explicando como este poderá colaborar.
- Conversar com o adolescente, percebendo quais as suas reais preocupações, nomeadamente se o procedimento implicar qualquer alteração na sua imagem e integridade corporal.
- Proporcionar privacidade durante o procedimento e permitir escolhas possíveis a respeito do mesmo se possível
- Proporcionar ao adolescente, a decisão de os pais o acompanharem ou de aguardarem noutra localidade

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, podemos considerar que a “Caixa Mágica” colabora com a melhoria na qualidade de cuidados no momento da vacinação, além de tornar o ambiente do centro de saúde mais humanizado. Para que ocorra um ambiente favorável deve ser proporcionado as crianças sempre que possível, a inserção de brinquedos, de técnicas, e actividades que sirvam de recurso para tornar esse meio acessível e mais agradável a criança podendo diminuir a sua dor, contribuindo para a diminuição da ansiedade no momento da vacinação.

4- REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, D.M.; SANTOS J.J. Relato de Experiência de Atividades Lúdicas em uma Unidade Pediátrica. *Revista Nursing*, v.78, n.7 novembro 2004.
- ALMEIDA, F. & Sabatés A. (2008). *Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família* (1ªed.). São Paulo: Editora Manole.
- BARROS, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- BARROS, L.; (2003) – *Psicologia Pediátrica - Perspectiva desenvolvimento*. 2ªedição. Climepsi Editores. 219p. ISBN 972-796-081-2.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em <http://www.apeddor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>
- DOAN-SAMPON, M.A. (1993) – *Crescer: Do Nascimento Aos Três Anos* – 1ªedição, 2000. Lisboa: Gráfica Mirancorvo.
- INSTITUTO DE APOIO A CRIANÇA. (2006). *A Dor na Criança – Guia de atitudes e procedimentos* (1ª ed,) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN972-8003-25

ANEXO IV

Folheto – Prevenção/Redução da Dor Durante a Realização de Vacinas nas Crianças

A realização das vacinas pode...

contribuir para um futuro mais saudável, da mesma forma que escovar os dentes, alimentar-se equilibradamente e fazer exercício físico regular.

As crianças são os reflexos dos adultos que delas cuidam. Por isso, é importante que dê o exemplo, vacinando-se também.

É importante considerar que...

qualquer que seja o motivo de ida de uma criança a uma instituição de saúde, esta situação desencadeia temores relacionados com diversos factores, como um ambiente físico que desconhecem, o medo dos profissionais de saúde, dos procedimentos a que são sujeitos, do mal-estar físico e psicológico inerente.

VACINAÇÃO

Prevenção/Redução da Dor durante a realização de Vacinas nas Crianças



UNIVERSIDADE DE COIMBRA	INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PORTUGUESA
ESQUADRA SUPERIOR, PÓLO CIENTÍFICO DE SAÚDE TERCEIRO	

Elaborado por: **Andreia Miranda Mota**

Estudante da EESIP — UCP



263 286136

Unidade de Saúde
da Castanheira

ACES XII LISBOA ORIENTAL
Unidade de Saúde da Castanheira

Desde muito cedo a criança é confrontada com a experiência da Dor, das vacinas, das quedas e dos ferimentos.

Numa situação de doença a criança sente a dor, com sofrimento e muitas vezes recorda, negativamente os



acontecimentos, ao longo de todo o seu ciclo vital. Para a criança a dor é uma experiência perturbadora e temida na maior parte das situações.

Quais as Reações da criança à dor (antes, durante e após a vacinação):

Choro alto, gritos;

Expressões verbais (ai, ui, isso dói);

Agitação de braços e pernas;

Tenta empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado;

Não coopera necessitando de contenção física;

Pede para o procedimento;

Agarra-se ao pais, ou a outra pessoa significativa;

Pede apoio emocional, para ser

abraçado, colo ou outras formas de

consolo físico;

Pode ficar

inquieta

ou instável com a

continuidade da dor;

Comportamento esquivo (ex: "espera

um bocadinho" ou "não estou pronto ainda")

Rigidez muscular, como punhos cerrados, olhos fechados, testa franzida.

Como pode ajudar o seu filho a preparar-se para realizar as vacinas :

Explicar antecipadamente o que vai fazer e para que serve a vacina, com linguagem simples adequada à sua capacidade de compreensão.

Incentivar a criança a trazer um **brinquedo** (de preferência boneco ou peluche) para simular a vacinação e permitir que a criança tenha um papel activo na brincadeira.

Evitar expressões do tipo: " Uma pequena picada", "Pica como uma abelha" Ficar **junto** da criança, mantê-la ao colo e **conversar** com ela.

Elogiar as crianças que colaborem com a vacinação.



ANEXO V
Protocolo de Utilização da Sacarose

**ACES XII Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira
USF Castanheira**

PROCOLO DA SACAROSE



Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: Enf^a EESIP Cândida Pereira
Orientador pedagógico: Professora Elisabete Nunes

Maio de 2010

Fundamentação Teórica

A sacarose ($C_{12}H_{22}O_{11}$), ou açúcar comum, é um glícido dissacarídeo formado por uma molécula de glicose e uma de frutose. É produzido maioritariamente pelas plantas superiores, tais como a cana-de-açúcar (*Sacharum officinarum*) e a beterraba (*Beta vulgaris*), durante a fotossíntese, segundo Wikipédia (2007).

Esta substância de sabor adocicado produz efeito analgésico pela sua percepção gustativa e não pela ingestão ou absorção da mesma (RAMENGI, EVANS e LEVENE, 1999 e JONHSONS *et al.* (1999) cit. p. GASPARDO, 2006). De facto, o seu efeito parece ser produzido no momento em que são activados os receptores gustativos das papilas linguais pelo gosto doce, que se encontram, maioritariamente, na porção anterior da língua. Esta activação conduz à libertação de endorfinas endógenas, criando uma analgesia natural. De acordo com THOMPSON (2005), entre outros, este efeito parece estar associado aos receptores opióides e o processo com que se desenrola depende de mecanismos de modulação de dor e inibição de estímulos dolorosos, através da espinal medula.

O objectivo da sua utilização incide na redução da dor e suas manifestações, de entre as quais se destaca o choro (AICKIN, 2005). Embora possa não as eliminar na totalidade, o seu efeito, amplamente estudado e comprovado, é efectivo e imediato (JONHSONS *et al.*, 1999 cit. p. GASPARDO, 2006), todavia curto (2-3 minutos) (ALONSO, 2005), sendo que alguns autores referem uma duração entre 2 e 5 minutos.

De uma forma geral, e de acordo com autores como THOMPSON (2005), DÍAZ-GOMEZ *et al.* (1999), GASPARDO, LINHARES e MARTINEZ (2005) e GASPARDO (2006) podemos afirmar que a sacarose tem impacto sobre o choro, frequência cardíaca (FC) e diminui os níveis de dor obtidos mediante a aplicação das escalas de dor PIPP e NFCS, em diversos estudos. Com efeito, GASPARDO, LINHARES e MARTINEZ (2005) corroboram esta noção, e acrescentam que os indicadores comportamentais são os mais sensíveis à intervenção da sacarose, dando enfoque à mímica facial e choro.

Importa assim sensibilizar os profissionais de saúde para esta necessidade, uma vez que estão em posição privilegiada para detectar potenciais e reais situações de dor.



Prevenção da dor na criança, através da administração de sacarose a 24%

1. DEFINIÇÃO:

- **Dor** - “*experiência sensorial e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial ou descrita como tal*” (Internacional Association for the Study of Pain - IASP, 1979 cit. p. NORONHA, 1998, p. 9);
- **Dor na criança** - desde as 24^a- 28^a semanas de gestação estão presentes as estruturas periféricas e centrais essenciais à percepção da dor, pelo que os recém-nascidos estão capacitados neurologicamente para sentirem dor. A intensidade da dor nos RN é acrescida pela imaturidade dos mecanismos de controlo inibitório, limitando assim, a capacidade para modular a experiência dolorosa. Mais se acrescenta que a dor como experiência repetida nas crianças comporta consequências no desenvolvimento do sistema nervoso a longo prazo, como a diminuição do limiar da dor e hiperalgia nos locais das lesões e perturbações no desenvolvimento;
- **Sacarose** - glícido dissacarídeo formado por uma molécula de glicose e uma de frutose, produzido pelas plantas superiores, durante a fotossíntese. Esta substância de sabor adocicado produz efeito analgésico pela sua percepção gustativa e não pela ingestão ou absorção da mesma. A sua actuação passa pela activação dos receptores gustativos das papilas linguais pelo gosto doce, que se encontram na porção anterior da língua, o que conduz à libertação de endorfinas endógenas, criando uma analgesia natural. Este efeito parece estar associado aos receptores opióides e o processo com que se desenrola dependente de mecanismos de modulação de dor e inibição de estímulos dolorosos, através da espinal medula.

2. OBJECTIVOS:

- Prevenir e aliviar a dor associada a procedimentos dolorosos, realizados no centro de saúde.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- ACES XII Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira - USF Castanheira



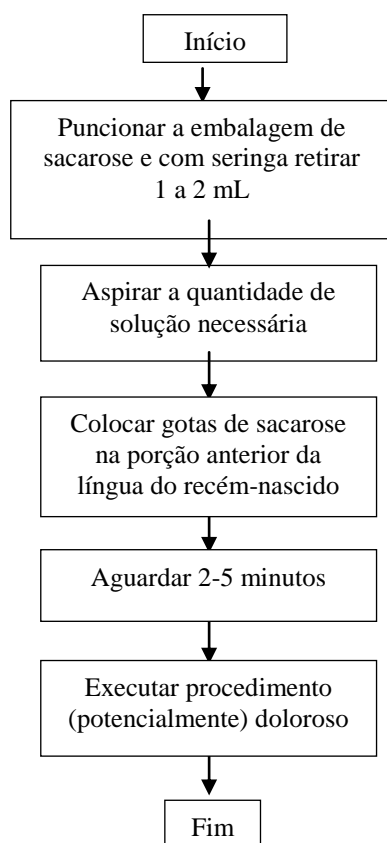
Prevenção da dor na criança, através da administração de sacarose a 24%

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- Solução de Sacarose a 24%
- Seringa
- Agulha

4.2. Fluxograma:





Prevenção da dor na criança, através da administração de sacarose a 24%

4.3. Organização do procedimento:

- Favorecer medidas não-farmacológicas de alívio da dor;
- Avaliar a necessidade de administração de solução de Sacarose;
- Preparação da solução de Sacarose;
- Administração da sacarose, por seringa, 2 a 5 minutos antes da realização do procedimento doloroso:
 - Aplicar gota a gota
 - Aplicar a solução na porção anterior da língua
 - Proporcionar sucção não-nutritiva
 - Realizar procedimento, mantendo a sucção
 - Avaliar manifestações de dor do recém-nascido, de forma a avaliar necessidade de repetir administração
- Realização do procedimento fornecendo sucção não-nutritiva;
- Avaliação da dor do recém-nascido e necessidade de repetição da administração de solução de sacarose;
- Registar a administração de solução de Sacarose, no processo da criança.

4.4. Orientações gerais:

A administração de solução de Sacarose, isolada ou associada a outras estratégias não-farmacológicas ou farmacológicas, está indicada nos seguintes procedimentos:

- vacinação
- diagnóstico precoce
- punção capilar
- mudanças de roupa, em recém-nascido com dor à mobilização
- administração de injectáveis

5. REGISTOS:

Sempre que for administrada solução de Sacarose, deve ser registado no processo da criança, referindo a quantidade administrada e efeitos observados.



Prevenção da dor na criança, através da administração de sacarose a 24%

6. PRECAUÇÕES

- Só para uso oral
- Não reutilizar ou esterilizar
- Após abertura tem prazo de conservação de 72 horas
- Conservar a uma temperatura entre os 4° e os 32°

7. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

1. ACHARYA, A. B. *et al.* - **Oral sucrose analgesia for preterm infant venepuncture.** *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, Ed. n.º 89, 2004. Disponível em www.archdischild.com (consult. 2010-05-08)
2. DÍAZ-GOMEZ, N. M *et al.* – **Tratamiento del dolor en el recién nacido,** *Relan*, 1999 1(2); 86-93 pp.. Disponível em <http://www.se-neonatal/relan/74-79.pdf>
3. GASPARDO, Cláudia Maria - **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose** – dissertação de mestrado. São Paulo: 2006
4. GUINSBURG, Ruth - **A Linguagem da Dor no Recém-Nascido.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_linguagem_bebes.pdf
5. GUINSBURG, Ruth - **Abordagem Não-Farmacológica da dor do Recém-Nascido,** *XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia.* Florianópolis/SC: 2001
6. LISSAUER, Tom e CLAYDEN, Graham - **Manual Ilustrado de pediatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 2ª ed. ISBN 85-277-0793-4
7. NORONHA, Nelsimar Silva de - **Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul.** Brasília: 2007. Disponível em www.paulomargotto.com.br

Referências Bibliográficas

1. AICKIN, Richard - **Sucrose Analgesia For Simple Neonatal Procedures**. Pain Service/NICU e Pain Team / Anaesthetics. 2005
2. ANAND, K. J. S. *et al.* - **Consensus Statement For The Prevention And Management Of Pain In The Newborn**, Arch Pediatr. Adolesc. Med., American Medical Association, vol. 155, Feb, 2001; 173-180 pp. Disponível em www.archpediatrics.com
3. GASPARD, Cláudia Maria - **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose** – dissertação de mestrado. São Paulo: 2006
4. GRADIN, Maria *et al.* - **Pain Reduction at Venipuncture in Newborns: Oral Glucose Compared With Local Anesthetic Cream**, Pediatrics, n.6, vol. 110, Dezembro, 2002; 1053-1057 pp. Disponível em <http://pediatrics.org/cgi/content/full/110/6/1053>. (consult. 8 de Maio, 2010)
5. GUINSBURG, Ruth - **A Linguagem da Dor no Recém-Nascido**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_linguagem_bebes.pdf
6. GUINSBURG, Ruth - **Abordagem Não-Farmacológica da dor do Recém-Nascido**, XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia. Florianópolis/SC: 2001
7. LISSAUER, Tom e CLAYDEN, Graham - **Manual Ilustrado de pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 2ª ed. ISBN 85-277-0793-4
8. LÓPEZ, J. Peraoch *et al.* - **Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha**, An Pediatr (ed. Port.). Espanha: 2006; 1(2): 90-6
9. NORONHA, Nelsimar Silva de - **Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul**. Brasília: 2007. Disponível em www.paulomargotto.com.br
10. PINHEIRO, Ana Cristina N. M. e BRAVO, Marias T. F. P. – **Aplicação de Escalas para Avaliação da Dor no Recém-Nascido**. Rev. Portuguesa de Enfermagem, Amadora: ISSN 0873-1586, n.º 10, Abril/Maio/Junho, 2007, 41-48 pp.
11. THOMPSON, Debbie Gearer - **Utilizing an Oral Sucrose Solution to Minimize Neonatal Pain**, JSPN, n.º 1, vol. 10, January-March, 2005
12. WIKIPÉDIA. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sacarose> (consultado a 8 Maio, 2010)

ANEXO VI
Manual de Estratégias de Alívio da Dor da USFC

ACES XII – Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira

MANUAL DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO/REDUÇÃO DA DOR NA CRIANÇA



Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP – Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: Enf^a ESIP Cândida Pereira
Orientador pedagógico: Professora Elizabete Nunes

Junho de 2010



“Crianças com dor. Os médicos, os enfermeiros. Os pais. Uma criança com dor – esse “enigma colossal”. As enfermeiras de pediatria. “O que se pode saber do que só se sente”. As crianças operadas. O arco do trabalho da dor. A sedução, a confrontação, a reconciliação. O não dito. O não escrito. A dor evidente. A dor por exclusão de partes. A dor provável. A dor adormecida. A dor. A dor que não passa. A dor quieta. A dor mitigada. A dor, a dor. A dor adiada. A dor tolerada. A dor inadequada. A dor negada. A dor, a dor. A dor convocatória. A dor insistente. A dor dos nossos meninos. “O que se pode dizer do que não se sabe”. A dor resiste à linguagem. “Não apenas resiste à linguagem como também a destrói”. Ela lá está silenciosa, discreta”.

(ANANDA FERNANDES)

ÍNDICE	pág.
0- INTRODUÇÃO	4
1 – DOR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	5
2- PREVENÇÃO E REDUÇÃO DA DOR NA CRIANÇA PERANTEPROCEDIMENTOS DOLOROS	8
2.1 – ESTRATÉGIAS FARMACOLOGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA.....	8
2.1.1 - EMLA.....	8
2.2 - ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLOGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA	9
2.2.1 - Estratégias gerais.....	9
2.2.2 - Estratégias específicas.....	10
2.3 – ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NO MOMENTO DA REALIZAÇÃO do DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	13
2.3.1 – Punção no calcanhar.....	14
2.3.2 – Amamentar ao realizar o diagnóstico precoce.....	14
2.3.3 – Utilização da Sacarose no diagnóstico precoce.....	17
3 - MANIFESTAÇÕES DE DOR	18
4 – PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ACORDO COM O SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	20
5 – AVALIAÇÃO DA DOR	21
5.1 – Objectivo.....	21
5.2 – Tipo de escalas de avaliação da dor.....	21
5.3 – Princípios para avaliação da dor.....	22
5.4 – Escalas de avaliação da dor versus idade da criança.....	23
5.4.1 – Até 1 mês de vida.....	23
5.4.2 – De 1 mês a 5 anos.....	24
5.4.3 – Entre os 6 e os 9 anos de idade.....	27
5.4.4 -Crianças com idade superior a 10 anos.....	29
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

0 – INTRODUÇÃO

Este manual foi elaborado no âmbito da Unidade curricular estágio, Modulo I – Saúde Comunitária, integrado no Mestrado de Natureza Profissional em saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa, tem como principal finalidade, orientar a intervenção da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Funcional da Castanheira na aplicação de estratégias de redução/prevenção da dor na criança.

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento. Cabe aos enfermeiros insistir na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos.

Na nossa prática diária, somos confrontados com a necessidade de executar procedimentos invasivos dolorosos ou não, mas que provocam dor, desconforto e aumentam os níveis de ansiedade da criança,

A execução deste trabalho, pretende dar um contributo para a sensibilização dos profissionais para a preparação da criança para procedimentos invasivos.

Este manual tem como objectivo apresentar um conjunto de estratégias que visam a prevenção/redução da dor na criança submetida a procedimentos dolorosos, nomeadamente, durante a realização do diagnóstico precoce e vacinação.

1 – DOR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

A dor é um tema actual e integrado no plano Nacional de Saúde 2004-2010 de Portugal, tendo sido colocada em prática esta preocupação em termos formais, através da elaboração do Programa Nacional de Controlo da Dor, tendo sido divulgada pela Direcção-Geral da Saúde através da Circular Normativa N° 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho de 2008. Esta mesma Circular Normativa veio dar continuidade, numa versão actualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

A dor é definida pela *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP), como se encontra referido na Circular Normativa N° 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho de 2008, “ (...) 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”.

A preocupação com esta temática encontra-se prevista em termos da Legislação Portuguesa, através da Circular Normativa N°09/DGCG de 14 de Junho de 2003. A então referida circular “A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor”, foi considerada norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor;
- A utilização da mensuração da intensidade da dor (...) através de escalas;
- A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais (...) de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

Também na Carta da Criança Hospitalizada, adoptada em 1988, em Leiden na Holanda, no seu artigo 5º, assume-se que “As agressões físicas e emocionais devem ser reduzidas ao mínimo”, isto é assegura o direito a evitar todo o exame ou tratamento que seja indispensável, acrescentando que as agressões físicas e emocionais e a dor devem ser reduzidas.

Assim sendo, o controlo da dor no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, foi encarado uma prioridade pelas Entidades Governamentais do nosso país, como também considerado um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados.

Apesar desta temática não ser recente e a dor se encontrar amplamente estudada, a prevenção, o diagnóstico e o alívio da dor na criança estão muitas vezes rodeadas de incertezas e mitos, e a organização dos cuidados nem sempre está concebida em

função das particularidades e características das crianças, tal como foi referido por BURR (1988) e FERNANDES (2000).

No Boletim do Instituto de Apoio à Criança são apresentados os resultados de um estudo sobre “A Dor na Criança, Atendimento a Jovens no Centro de Saúde”, realizado de forma a conhecer algumas condições dos Centros de Saúde, nomeadamente os procedimentos e comportamentos dos profissionais de saúde face à dor na criança, decorrente de alguns procedimentos dolorosos mais frequentemente utilizados, e são eles a realização do diagnóstico precoce, a administração de vacinas e de injectáveis e a realização de pensos. O estudo evidenciou que 93,3% dos profissionais manifesta preocupação e diz valorizar a dor na criança. No entanto, a maioria dos centros de saúde não dispõe de procedimentos instituídos para combater a dor nas várias situações estudadas. Assim, “ (...) os resultados encontrados confirmam que não existem quer “guidelines”, quer “mindlines” em relação ao combate à dor da Criança provocada pelos procedimentos “rotineiros” executados nos centros de saúde, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física, que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada.” (SANTOS, 2006).

O Programa Nacional de Controlo da Dor de 2008, pressupõe a participação e a colaboração das várias entidades ao sector de saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários.

O profissional de saúde deve ser portador de um conhecimento científico do conteúdo, visando construir em si os contornos da complexidade das suas práticas, mas também o fascínio de as tornar simples em cada acto profissional e reflexivo e competente, em cada acto de Bem Fazer e Fazer Bem. É segundo este paradigma que se pretende que a abordagem da dor seja feita durante a prestação de cuidados à criança.

Como enfermeira a frequentar a Unidade curricular estágio, Modulo I – Saúde Comunitária, integrado no Mestrado de Natureza Profissional em saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa não pude deixar de me inquietar e preocupar com a experiência de dor a que as crianças estão sujeitas na prestação de cuidados e pretendo contribuir para a melhoria efectiva da qualidade de cuidados às crianças nos centros de saúde. Pretendo desta forma contribuir para “reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes, nomeadamente: Continuar a discutir a dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, utentes, associações de utentes, etc.; (...) prosseguir a investigação na área da dor; (...) e aumentar a respectiva formação nesta área, de

forma a incrementar a disponibilidade e competência para a avaliação e tratamento da dor na criança.” (SANTOS, 2006).

2 – PREVENÇÃO E REDUÇÃO DA DOR NA CRIANÇA PERANTE PROCEDIMENTOS DOLOROS

2.1 – ESTRATÉGIAS FARMACOLOGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

Existem algumas técnicas farmacológicas indicadas para controlar a dor. Nem todas necessitam de prescrição médica e podem ser usadas no Centro de Saúde, nomeadamente o EMLA (Eutetic Mixture of Local Anesthetics).

2.1.1 - EMLA

Além da sacarose podem ser usados fármacos de aplicação tópica, que anestesiam o local onde vamos efectuar a punção. Os pais devem ser informados sobre as características do produto e sobre a possibilidade deles próprios o adquirirem e utilizarem.

O EMLA é uma mistura de dois anestésicos locais, lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%, sobre a forma de penso transdérmico (5% - 1g) ou de creme (5% - 5g), para a aplicação na pele integra.

Os efeitos secundários do EMLA são palidez, rubor, ardor, prurido e dema e o seu uso é contra-indicado em caso de hipersensibilidade aos anestésicos locais, alergia a penicilina, Metahemoglobinémia congénita ou idiopática, em crianças com menos de 3 meses e com menos de 5 kg, nas vacinas atenuadas, devido as propriedades bactericidas e anti-víricas da lidocaína e prilocaína.

É importante dizer à criança o objectivo da sua aplicação. Nas crianças em idade pré-escolar é necessário acrescentar que quando se tira o medicamento o seu efeito não passa, neste estágio de desenvolvimento elas acreditam que quando se tira o medicamento este deixa de fazer efeito (Whalley e Wong, 1989).

Está indicado em injecções intramusculares e subcutâneas e o seu tempo de acção é de 1 hora nas punções superficiais e de 2 horas nas punções profundas. O tempo mínimo de aplicação na pele escura é de 90 minutos.

Quando se utiliza o EMLA creme, deverá colocar-se o penso transparente que acompanha a embalagem . A sua utilização deve ser sempre combinada entre o enfermeiro e os pais, de forma a garantir que a aplicação do penso seja efectuada no local certo da administração da vacina e após o início do efeito do EMLA.

2.2- ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

GUINSBURG e outros, (1994) referidos por GAÍVA e DIAS (2002) referem que o tratamento da dor se deve iniciar pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica.

Por estratégias não farmacologicas, entendemos intervenções autónomas do enfermeiro com a criança e família que visam diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção da dor. Devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Estimular a presença dos pais e o seu envolvimento na prestação de cuidados visto que a figura de vinculação será capaz de proporcionar “segurança” quando a criança se sentir ameaçada.

De seguida serão apresentadas as estratégias não farmacológicas adaptadas à pediatria, que se podem dividir em dois grupos: estratégias gerais e específicas

(Hockenberry,M&Winkelstein,W,2006)

2.2.1 – Estratégias Gerais

São adequadas em qualquer idade e estágio de desenvolvimento, servem como ponta de partida para a estabelecimento de medidas mais específicas, nomeadamente:

- As intervenções não farmacológicas não substituem as intervenções farmacológicas, apenas as suplementam;
- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- Proporcionar um ambiente acolhedor, estruturado, que proporcione distração;

- Mostrar interesse pelos relatos de dor, quer da criança/jovem, quer da família;
- Adotar um papel activo na procura de estratégias de controlo da dor eficazes;
- Explicação simples, clara e objectiva adequada a idade e experiências da criança (tendo em atenção a terminologia escolhida: evitando palavras como “picar”, “dor”, utilizando a brincadeira terapêutica ou actividades lúdicas).
- Não mentir a criança;
- Permanecer com a criança durante o procedimento doloroso:
- Encorajar os pais a permanecerem com a criança durante o procedimento, sempre visíveis para a criança;
- Envolver os pais na aprendizagem de estratégias não farmacológicas;
- Orientar a criança a respeito da dor especialmente quando a explicação puder diminuir a ansiedade;
- Valorizar as atitudes de controlo e colaboração (ex. elogiar, recompensar o comportamento da criança).

2.2.2– Estratégias Especificas

Sacarose

No Centro de Saúde tal como em meio hospitalar, a administração de sacarose oral é um método seguro na redução da dor durante os procedimentos invasivos, tanto no recém-nascido como no lactente, ajudando-os a acalmar durante os mesmos, não requerendo a monitorização dos sinais vitais ao contrário de outros fármacos usados na redução da dor.

A Sacarose é composta por 24% de sacarose e 76% de água, não apresentando aditivos, é segura, fácil de administrar de baixo custo económico e efectivamente analgésica. A sua acção analgésica faz-se através do sistema de inibição esdógena não opióide, com a activação do centro do prazer, através da libertação da dopamina e inibição da resposta de sucção, sendo efectivamente analgésica para procedimentos dolorosos de curta duração (Curtis et al, 2007)

Recomenda-se o uso de 2 ml de solução, 2 minutos antes do procedimento causador de dor. O que se verifica com a sua administração é que as respostas fisiológicas à dor

diminuem, a frequência cardíaca, a frequência respiratória são inferiores em relação a quem não foi administrada sacarose. Verifica-se também que a saturação de oxigénio é superior quando administrado sacarose (Hatfield et al, 2008).

Distracção

- Envolver os pais e criança numa forma de distração;
- Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nos dizermos; soprar ou outro exercício que favoreça a respiração rítmica;
- Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

Relaxamento

Lactente e até aos 3 anos

- Pegar ao colo de forma confortável e acolhedora;
- Embalar de forma ritmada e não sacudida;
- Repetir palavras suaves e agradáveis, mas poucas ou com som semelhante;

Criança > 3 anos

- Pedir para a criança respirar profundamente, relaxar o corpo completamente enquanto expira, depois deve bocejar;
- Ajudá-la ou colocá-la numa posição confortável;
- Iniciar técnica de relaxamento: relaxar progressivamente cada parte do corpo, vai pensando nas zonas do corpo para ficarem completamente moles;
- Se a criança preferir pode manter os olhos abertos.

Imagem guiada

- Fazer com que a criança conte uma história baseada num acontecimento agradável real ou imaginário;
- Tentar que contemple o máximo de detalhes possível e sensações agradáveis;
- Durante o procedimento, a criança deve focalizar-se na história, devemos guiá-la, ajudando-a em determinados pormenores.

Pensamento Positivo:

- Instruir a criança para que esta se concentre em algo bom, (ex: isto vai ser para eu não apanhar doenças; isto é rápido; ou em alguma coisa que queira.)

Paragem de pensamento

- Concentrar-se em factores positivos do procedimento (a seguir não vou apanhar doenças)
- Referir informações positivas, se focalizar-se noutra situação diminui a dor;
- Concentrar os factores positivos em afirmações curtas e referi-las, (vou estar sossegado, vão conseguir à primeira, vai doer pouco, estou quase despachado);
- Deve referir as frases anteriores sempre que tiver uma experiência semelhante;

Estimulação cutânea

- Consiste em fazer uma massagem simples, rítmica, com uma loção, ou aplicação de calor ou frio (cubo de gelo no local antes de administrar a vacina)
 - Proporcionar bem-estar, diminui a dor, proporciona uma relação privilegiada entre a criança e o cuidador;
 - Deve ser realizada apenas se a criança o desejar, e com o acordo dos pais;

- É importante que sejam explicados os benefícios e encorajar os pais a fazê-lo;
- Devemos certificar-nos que não estamos a provocar mais dor;
- Se a criança, assim o desejar, deve-se aplicar a massagem noutra local, por vezes eles desejam manter o contacto físico;

Contrato comportamental

- Informal
 - A partir dos 4/5 anos
 - Oferecer brindes como recompensar
 - Combinar o tempo necessário para terminar o procedimento;
- Formal
 - Colocar por escrito com metas, comportamento específicos esperados, recompensas ou consequências, deve estar datado e assinado por todos os intervenientes.

2.3 – ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NO MOMENTO DA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Dado o recém-nascido ser tão vulnerável, a primeira premissa que se deve cumprir ao considerar a prevenção da sua dor, é que as intervenções ofereçam a máxima eficácia com o menor risco.

O rastreio neonatal é um programa sistemático destinado a todos os recém-nascidos, tendo como objectivo evitar a evolução da patologia rastreada através do diagnóstico pré-sintomático e da instituição precoce de terapia adequada.

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce tem a sua base no Instituto de Genética Médica (IGM). Actualmente, a partir de uma única amostra de sangue, é possível fazer o rastreio de mais de 30 doenças hereditárias do metabolismo (DHM), (VILARINHO, 2006).

A colheita de sangue é actualmente efectuada nos Hospitais ou Centros de Saúde, entre o terceiro e o sexto dia de vida. Após a punção do calcanhar, o sangue é colhido, através da expressão manual, para uma ficha com papel de filtro adequado e posteriormente enviado para o Laboratório Nacional de Rastreios. Os resultados podem ser consultados pelos pais através da Internet no site www.diagnosticoprecoce.org.

2.3.1 - PUNÇÃO DO CALCANHAR

A escolha da picada do calcanhar, como procedimento doloroso, a que o recém-nascido é sujeito na prestação de cuidados, quer no centro de saúde para a realização do Diagnóstico Precoce quer no Hospital para a colheita de sangue, prende-se com os seguintes argumentos:

A dor no pé ocorre essencialmente nos tecidos moles extra-articulares e extra-esqueléticos. A parte posterior do pé, o calcanhar, é um sítio de dor. (RENE, 1999);

Além da picada do calcanhar, a expressão manual usada para a obtenção da amostra de sangue é uma fonte adicional de dor. (BATALHA, 2007);

Há três estudos evidenciando que os bebés têm um limiar mais alto de dor nas extremidades inferiores. Assim, existem diferentes níveis de dor (muito mais dor será produzida nas extremidades inferiores que nos braços e mãos). (MARGOTTO, 2004).

2.3.2 - AMAMENTAR AO REALIZAR O DIAGNÓSTICO PRECOCE

Como referem WHALEY e WONG (1999), o leite materno constitui a forma mais perfeita de nutrição para o recém nascido, sendo provavelmente o benefício mais importante do aleitamento materno, além da qualidade do leite, o estrito relacionamento mãe/filho.

O papel do profissional de saúde, ao informar das vantagens do aleitamento materno, é fundamental para a tomada de decisão. Springer citado por GALVÃO (2002) refere

também, que associado à vontade inata de querer amamentar, a atitude dos profissionais de saúde, revela-se decisiva no suporte de uma mãe que o pretende fazer.

LEITE e outros (2006), refere que a amamentação tem particular interesse, por esta constituir uma intervenção natural, sem custos adicionais, podendo ser facilmente aplicada em diversas situações de dor, pelo facto das mães terem livre acesso e participação na assistência ao filho, além das vantagens nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas.

Por todas estas características e vantagens do aleitamento materno, esta foi a medida não farmacológica de eleição para o alívio da dor no recém-nascido sujeito a picada do calcanhar para a realização de Diagnóstico Precoce, no centro de saúde. Esta escolha foi suportada pelo resultado de alguns estudos de investigação:

Comparado com o leite artificial, o leite materno tem uma concentração mais alta de triptofano, um precursor da melatonina. A melatonina aumenta a concentração das beta endorfinas e pode ser um dos mecanismos para o efeito nociceptivo do leite materno. (SHAH, 2006).

Num estudo randomizado ou quase-randomizado, controlado, foi estudado o aleitamento materno como medida de alívio da dor. Os resultados foram: os recém-nascidos amamentados durante o procedimento doloroso tiveram uma redução significativa na duração do tempo de choro, quando comparado com o grupo de controlo (sem qualquer intervenção). Neste estudo, concluíram que o aleitamento materno deve ser usado, sempre que possível, para aliviar a dor no recém-nascido sujeito a procedimento doloroso, (SHAH, 2006).

A exposição ao amor materno, principalmente nos primeiros períodos de vida quando há um aumento da plasticidade cerebral, melhora os resultados neurológicos dos bebés (...) e aumenta a habilidade de lidar com o stress. (MARGOTTO, 2004).

Estudo recente de Gray e cl evidência que a amamentação é analgésico aos recém-nascidos saudáveis. O estudo foi prospectivo, randomizado e controlado (grupo submetido a procedimento doloroso, como punção de calcanhar e colheita de sangue enquanto amamentava e outro grupo submetido ao mesmo procedimento, porém não estava amamentando durante o procedimento). Os autores concluem que a amamentação é um potente analgésico durante a colheita de sangue nos recém-nascidos. (MARGOTTO, 2004).

Blass & Miller demonstraram que colostro administrado com chupeta preveniu o aumento da frequência cardíaca no momento do estímulo doloroso. (GASPARDO, 2005).

Outras intervenções não farmacológicas – leite humano via sonda nasogástrica, sucção não nutritiva e colo – apresentam efeito sinérgico (...) quando administrados de maneira combinada. (GASPARDO, 2005).

Conclui-se que a amamentação materna foi eficaz na redução das respostas relacionadas à dor decorrente da colheita de sangue para o teste do pezinho, pois os resultados mostraram uma diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas do grupo controle. (LEITE, 2005).

O odor do leite materno pode contribuir para o alívio da dor aguda em recém-nascidos; o efeito analgésico do leite, pode estar relacionado à proteína visto que a presença da glicose não foi suficiente para promover o alívio da dor; o sistema de acção opióide central é desencadeado pela via pós absortiva da b-Casomorfina, que permite o efeito analgésico do leite e as influências de conservação de energia (diminuição da frequência cardíaca e actividade motora). (LEITE e outros, 2006).

“ Deve-se também considerar a interacção entre todos os componentes que estão contidos na amamentação (frequência de sucção, condições de pega na mama materna, contacto, odor e contenção), variáveis que podem interferir na eficácia de tal intervenção.” (LEITE e outros, 2006: 541).

Num estudo sobre os efeitos do aleitamento materno durante a realização de procedimentos dolorosos em recém-nascidos, 16 não evidenciaram qualquer alteração aquando da punção venosa e 35 tiveram uma avaliação da dor ≤ 3 (considerada dor mínima). Estes resultados são clinicamente importantes, porque demonstram que os mecanismos de protecção naturais podem ser activados pelo aleitamento materno, constituindo uma estratégia não farmacológica a ser utilizada durante a realização de procedimentos dolorosos. (CARBAJAL, 2003).

2.3.3 - UTILIZAÇÃO DA SACAROSE NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Uso de solução glicosada ou sacarose, dois minutos antes do procedimento doloroso (este é o esquema mais consensual na bibliografia consultada). Pela acção das papilas gustativas da porção anterior da língua, é estimulado o sistema opióide endógeno (produção de endorfinas), promovendo algum grau de analgesia. O seu uso deve ser restringido ao alívio da dor, porque o seu uso indiscriminado pode aumentar o risco de cárie dentária, (DÍAZ-GOMEZ e outros, 1999);

3- MANIFESTAÇÕES DE DOR NA CRIANÇA

A identificação da existência de dor na criança torna-se mais difícil dada a sua incapacidade ou dificuldade de expressar verbalmente o que sente. Deste modo, é fundamental conhecer e estar alerta para outras manifestações de dor na criança que variam inevitavelmente de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento.

Seguidamente serão apresentadas as manifestações mais comuns de dor consoante a faixa etária.

No **primeiro ano de vida** a criança não consegue verbalizar a dor pelo que a sua reacção vai ser traduzida por:

- Alterações de sinais vitais como tensão arterial, frequência cardíaca, e frequência respiratória;
- Postura anti algica;
- Irritabilidade/ agitação;
- Letargia/ agitação;
- Choros/ gemidos/ gritos;
- Recusa de jogo e participação lúdica;
- Agitação nocturna;
- Fácies característico de dor (encerrar os olhos, franzir as sobrancelhas, boca aberta, bochechas elevadas e nariz alargado e abaulado);
- Rubor/ palidez cutânea;
- Sudorese intensa;
- Recusa alimentar;
- Distúrbios do sono (pesadelos);
- Dificuldade em ser consolado.

As crianças com idades entre **1-7 anos**, segundo Piaget, relacionam a experiência de dor física com uma experiência concreta, sentem-na como um castigo e consideram que alguém é culpado, responsável pela dor.

As manifestações mais comuns são:

- Choro alto, gritos;
- Expressões verbais de “ai”, “ui”, “isto dói”;
- Agitação motora;

- Pede para que não seja feito o procedimento, tentando persuadir e negociar para que o procedimento seja efectuado mais tarde;
- Tenta empurrar o estímulo para longe antes que ele seja aplicado;
- Não colabora; precisa de contenção física;
- Solicita o fim do procedimento;
- Agarra-se aos pais e outra pessoa significativa;
- Solicita suporte emocional, como abraço e outras formas de conforto físico;
- Pode tornar-se inquieta e agitada com a dor contínua.

As crianças dos **7 aos 12 anos** apresentam já concepções físicas de dor (ex. dor de dentes), compreendem a dor psicológica e têm medo da lesão corporal.

Nesta idade as crianças já comunicam verbalmente com os técnicos no que diz respeito à localização, intensidade e tipo de dor, empregando uma ampla variedade de palavras e frases (“queima, é como espetar uma faca”).

Nesta idade podem observar-se as reacções descritas anteriormente e também:

- Comportamento de bloqueio: “espere”;
- Rigidez muscular;
- Punhos fechados;
- Dentes cerrados;
- Membros contraídos;
- Olhos fechados.

As crianças com **mais de 12 anos** compreendem já o mecanismo da dor, entendem que há diferentes tipos de dor e têm medo de perder o controlo face à dor.

Nesta idade, segundo Wong (1997), há menor protesto verbal e menor actividade motora, mas mais expressões verbais como “isto doi”.

4 - PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ACORDO COM O SEU ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança; pois se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num centro de saúde, procedimentos estes que são a vacinação e o teste de diagnóstico precoce.

Tem de se ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

Os objectivos para a preparação da criança para procedimentos invasivos são:

- Estabelecer uma relação de confiança com a criança;
- Ajudá-la a sentir-se segura no momento em que for submetida ao procedimento;
- Proporcionar-lhe recursos que facilitem a percepção e comunicação em relação à experiência;
- Diminuir o medo e ajudar a libertar a tensão antes, durante e após o procedimento;
- Substituir conceitos errados e fantasias, levando-a a entrar em contacto com a realidade;
- Dar apoio que lhe permita expressar, de forma segura e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da situação;
- Ajudar a criança e os seus pais a sentirem que são considerados pelo profissional;
- Fornecer meios para que a experiência seja menos traumática possível ou até se transforme em uma experiência construtiva, isto é, de crescimento para a criança e seus pais. (Almeida F. & Sabatés A,2008)

5 - AVALIAÇÃO DA DOR

5.1- Objectivo

A determinação do nível de dor que uma pessoa está a experimentar “é uma das tarefas mais comuns e mais difíceis de levar a cabo” (Bradshaw e Zeanah, 1986).

É um grande desafio já que a dor é, antes de tudo, subjectiva variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais, e em particular na criança a avaliação da dor depende da relação entre a idade, desenvolvimento neurológico, do ambiente psicossocial e da natureza da acção.

Uma avaliação apropriada ao nível da enfermagem deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar. Esta mesma avaliação precisa das intervenções de enfermagem, podendo até sugerir alterações nestas intervenções.

5.2 - Tipos de escalas de dor

Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais.

- **Escalas unidimensionais:**

Avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa.

Exemplos: Escala visual analógica;

 Escala numérica;

 Escala qualitativa;

 Escala das faces.

- **Escalas multidimensionais:**

Tendo em conta que a experiência dolorosa não se restringe apenas à sua intensidade, sendo muito mais ampla.

Há 3 dimensões da dor a serem consideradas, a **sensorial-discriminativa**, a **motivacional-afectiva** e a **cognitiva-avaliativa**, todas sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados.

Esta avaliação é realizada através de questionários de dor que visam obter um conjunto de informação mais alargado sobre o comportamento da criança, e sobre a sua percepção das situações dolorosas.

5.3- Princípios para a avaliação da dor

É extremamente difícil avaliar objectivamente, dado que cada um percebe, descreve e relata a dor de forma diferente.

A dificuldade na avaliação da dor na criança é inversamente proporcional à idade, de forma que uma criança maior é capaz de expressar verbalmente a sua experiência dolorosa, até mesmo quantificá-la. Já na criança mais pequena, a avaliação depende de uma observação atenta e sensível de quem lhe presta cuidados (Pimentel 2001).

Segundo BAKER e WONG (1987) devem-se ter em consideração determinados princípios, no que concerne à avaliação da dor, que se podem resumir na sigla QUESTT.

- 1 - Questionar a criança;
- 2 - Usar escalas de avaliação de dor;
- 3 - Avaliar comportamento e as alterações fisiológicas;
- 4 - Assegurar a participação dos pais;
- 5 - Considerar a causa da dor;
- 6 - Actuar e avaliar os resultados.

Estes aspectos vão permitir ao Enfermeiro, não só fazer uma história da experiência de dor da criança, mas também integrar os pais no cuidado à mesma, já que são quem melhor a conhece, aliviando a dor sentida pela criança, quer por identificação da causa da dor, quer pelo alívio sintomático da mesma.

Segundo VALADAS (2003), deve-se atender a determinadas regras durante a avaliação e registo da dor, para se obter uma monitorização fidedigna:

- O registo da dor deve ser iniciado no momento da admissão do doente;
- O enfermeiro escolhe a escala, que melhor se adapta à condição do doente a partir daí, todos os enfermeiros devem utilizar a mesma escala, quando avaliam a dor nesse doente para que haja uniformização na avaliação e no registo da dor;
- É fundamental que o enfermeiro assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada;
- A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita;

- A avaliação deve ser feita e registada pelo menos uma vez por turno, e sempre que a situação o justifique;

5.4 - Escalas de avaliação de dor versus idade da criança

5.4.1 – Até 1 mês de vida

No recém-nascido, a avaliação da dor está entre os maiores desafios que os profissionais de saúde e investigadores enfrentam.

Dada a ausência de comunicação verbal do recém-nascido, tornou-se necessário criar métodos de avaliação homogéneos e baseados nas alterações no mesmo. Estas escalas apresentam um carácter objectivo, já que analisam dados concretos e fiáveis e não opiniões dos próprios sujeitos.

A escala escolhida para a avaliação da dor nesta faixa etária foi a escala de *EDIN (Échelle de Douleur Incofort Nouveau-Né)* (ANEXO 1).

A EDIN é uma escala unidimensional comportamental indicada para recém-nascido (prematureo ou de termo). É composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade de sono, qualidade de interacção ou sociabilidade e reconforto. Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos perfazendo um *score* mínimo de zero e um máximo de quinze. A sua utilização clínica é considerada simples requerendo um contacto mínimo com o RN de pelo menos uma hora embora idealmente se aconselhe um período entre 4 a 8 horas.

Escala de dor e desconforto do R.N. (EDIN)

Indicador	Descrição
Rosto	0 – Rosto calmo 1 – Caretas passageiras: sobranceiras franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/queixo tremulo 2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 – Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo

	<p>2 – Agitação frequente, mas acalma-se</p> <p>3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel</p>
Sono	<p>0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo</p> <p>1 – Adormece dificilmente</p> <p>2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado</p> <p>3 – Não adormece</p>
Interacção	<p>0 – Atento</p> <p>1 – Apreensão passageira no momento do contacto</p> <p>2 – Contacto difícil, grito à menor estimulação</p> <p>3 – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação</p>
Reconforto	<p>0 – Sem necessidade de reconforto</p> <p>1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta</p> <p>2 – Acalma-se dificilmente</p> <p>3 – Inconsolável. Sucção desesperada</p>

5.4.2 - De 1 mês a 5 anos de idade

Nesta fase a criança ainda não consegue exprimir verbalmente a dor, nem conseguem conceptualizar a dor como algo que pode ter diferentes intensidades, ou ser de vários tipos e, para além disso, ainda não desenvolveram a noção que podem fazer algo para controlar a sua dor. Daí existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, principalmente nesta faixa etária e no caso de crianças incapazes de comunicar verbalmente a sua dor.

Nestas circunstâncias a hetero-avaliação é o único método de avaliação possível. Pode ser realizada pelo enfermeiro, médico, pais ou outra pessoa através de escalas comportamentais ou compostas (itens comportamentais e modificações fisiológicas) ou ainda pela utilização de instrumentos de auto-avaliação (técnica rápida e de fácil aplicação, embora careça actualmente de validade).

Entre as inúmeras escalas de hetero-avaliação existentes, a *Objective Pain Scale (OPS)* é uma escala composta, muito popular pela sua simplicidade e facilidade de uso. Esta escala foi desenvolvida no Children's Medical Center em Washington para avaliar

a dor pós-operatória imediata em crianças com idades entre os 18 meses e os 12 anos mas rapidamente o seu campo de aplicação se alargou para Unidades de Cuidados Intensivos onde tem sido largamente utilizada me ensaios terapêuticos. A idade para a qual está validada a sua aplicação foi sendo sucessivamente alargada podendo ser usada em qualquer idade.

A escala de OPS apresenta 5 categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal) cotadas cada uma de 0 a 2 pontos perfazendo uma pontuação que varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 10 pontos.

Para uma correcta aplicação desta escala deverão ser bem esclarecidas todas as suas categorias, assim sendo:

- A observação da criança deve durar o tempo considerado necessário para o enfermeiro, embora em média não leve de mais de cinco minutos;
- Poderão ser obtidas informações adicionais junto dos acompanhantes da criança;
- A avaliação da tensão arterial deve ser o último procedimento a realizar;
- O **indicador movimento** considera-se todo o deslocamento espacial do corpo e mede-se pela sua intensidade:
 - Ausente: a criança calma ou adormecida;
 - Inquieto: sem repouso, mudanças frequentes de posição, balançando, movimentos da cabeça, membros, pés ou mãos;
 - Intenso: movimentos desordenados, contínuos, com risco de lesão, esperneando ou movimentos convulsivos.
- O **indicador agitação** qualifica-se como sinónimo de excitação e mede-se pela sua intensidade:
 - Adormecido ou calmo: criança calma ou adormecida, sem agitação, excitação ou irritação;
 - Leve: criança com uma agitação leve a moderada, com reactividade aumentada, contraído, ligeira hipertonia, sobressalto ou ligeira irritabilidade;
 - Histérico: agitação intensa e permanente, irritabilidade permanente, tremores, clonias, hipertonia marcada ou agressividade.
- O **indicador expressão corporal ou verbal** qualifica a descrição verbal da dor referida pela criança ou as manifestações corporais e comportamentais observadas:

- 1- Adormecido ou sem manifestar: criança acordada, calma, adormecida, relaxada ou sem adoptar posição antiálgica;
- 2- Dor leve (não consegue localizar): desconforto global, não localiza a zona dolorosa, mímica de dor pouco marcada ou intermitente, flexão dos membros;
- 3- Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando: localiza a dor para a zona dolorosa, protege a zona de dor, mímica dolorosa marcada ou permanente, adopta posição antiálgica, imobilidade.

Nota: não deverá ser utilizada esta escala em caso de crianças com menos de 1 mês de idade ou quando a situação clínica que não permita a utilização da escala de OPS, isto é, no caso de crianças deficientes motores, deficiência cerebral grave, perturbações da consciência.

ESCALA OPS

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Tensão Arterial sistólica (mmHg)	≤10% pré-operatório	> 10-20% pré-operatório	> 20% pré-operatório
Choro	Ausente	Sim, mas cala-se com um brinquedo/distracção	Sim e não se cala com um brinquedo/distracção
Movimentos	Ausentes	Impaciente. Incapaz de estar quieto. Muda frequentemente de posição. Não há perigo de se magoar. Tenso/não se mobiliza.	Não fica quieto. Dá pontapés, contorce-se Pode magoar, é preciso proteger. Tenso, corpo arqueado ou rígido.
Agitação	Criança a dormir ou acordada, calma	Levemente agitado	Muito agitado
Verbalização Ou Linguagem Corporal (crianças pré-	Sem verbalização de dor ou diz que não tem dor.	Queixa-se de dor mas não a localiza. Postura antiálgica com extremidades	Queixa-se de dor, localiza-a e é capaz de a auto-avaliar. Postura antiálgica

verbais)	Postura indiferente	flectidas	e com a mão protegendo o penso.
-----------------	---------------------	-----------	---------------------------------

5.4.3- *Entre os 6 e os 9 anos de idade.*

Neste estadio, a existência de representações simbólicas vai permitir à criança poder usar uma inteligência diferente.

O pensamento corresponde a uma acção interiorizada, assente na capacidade de simbolização, e não na acção imediata e directa, como no período sensório-motor. Ao falar, ao brincar ao faz de conta, ao desenhar, exerce a função simbólica, uma vez que vai representar uma coisa com outra, eventualmente diferente.

A escala escolhida para a avaliação da dor neste estadio é a escala das faces. Esta escala consiste em diferentes caras com expressões de diferente intensidade de contentamento ou tristeza. Pretende-se que a criança escolha a face com que mais se identifica.

A razão da escolha desta escala deve-se ao facto de que neste estágio a criança não tem noção da intensidade da dor, a criança não consegue graduar a dor.

Esta escala associa a cada face o número correspondente e o que significa qualitativamente podendo a criança fazer a autoavaliação da sua dor como preferir e de acordo como o seu nível de desenvolvimento.

BARROS (1999) refere que a utilização destas escalas é especialmente efectiva na comparação de intensidade de dois ou mais episódios de dor na mesma criança.

Para a sua utilização devem ser seguidas as orientações gerais referidas e as orientações específicas, que se seguem:

Explicar à criança o significado de cada rosto (utilizando a palavra que a criança utiliza, por exemplo: dói-dói)

Apontar para cada rosto e dizer: “Este rosto/cara está...”

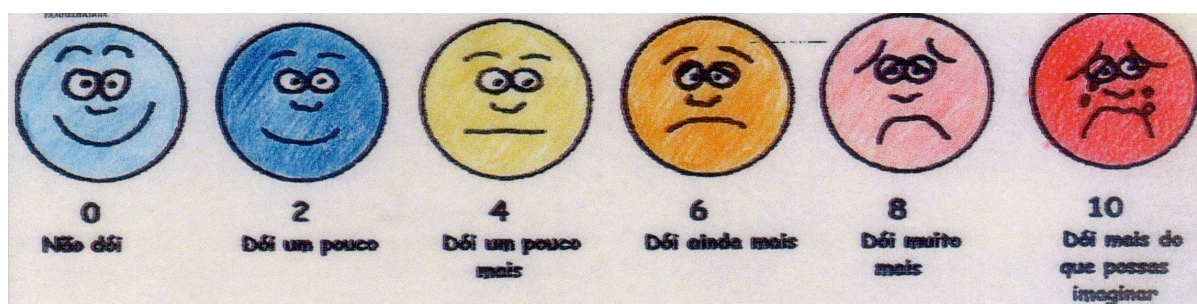
- 0 – “Muito feliz porque não tem/sente dor”
- 1 – “Dói apenas um pouquinho”
- 2 – “Dói um pouco mais”
- 3 – “Dói ainda mais”
- 4 – “Dói muito mais”

5 – “Dói mais do que tu podes imaginar, ainda que, tu não precisas de chorar para te sentires assim”

- ❖ Pedir à criança para escolher o rosto que melhor descreva a sua dor. Deve especificar o que desencadeia a dor (isto é o seu agente) e quando acontece (a nível temporal).

Esta escala é, no entanto, subjectiva porque carece da necessária avaliação do próprio, que devido à sua limitação pode ter em conta aspectos que não são relevantes.

ESCALAS DAS FACES



5.4.4 – Crianças de idade superior a 10 anos

Neste estadio a criança, já tem um pensamento lógico com a capacidade de fazer operações mentais. A criança já tem os seus raciocínios lógicos sendo estes reversíveis. Para além disso a criança já adquiriu a noção de dor por isso são utilizadas escalas que permitem identificar diferentes intensidades de dor.

Para esta faixa etária foi escolhida a Escala visual-numérica.

Perante esta escala a criança terá uma linha recta com o comprimento de 10 cm, graduada de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação, onde poderá localizar espacialmente a intensidade da sua dor com uma marca.

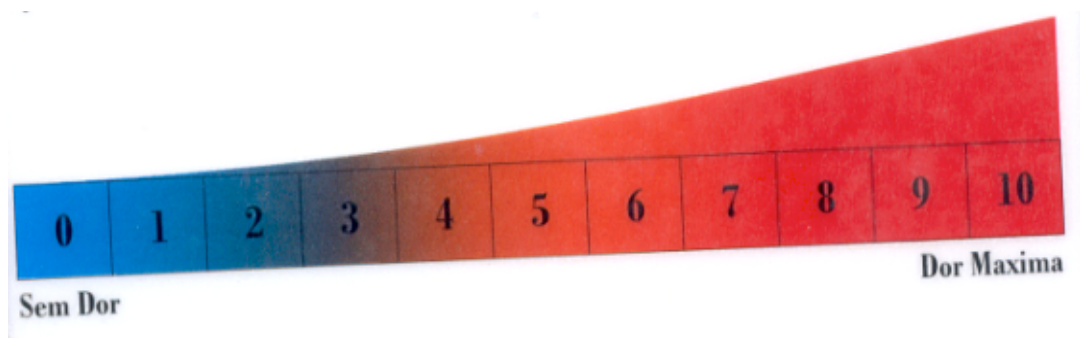
Existem orientações específicas para a utilização da escala numérica:

- ❖ Explicar que 0 significa ausência de dor (devemos utilizar o termo que a criança usa para se referir à sua dor) e o 10 a pior dor possível;
- ❖ Para verificar a compreensão que a criança tem da escala, pedir à criança para apontar ou ler um número que signifique o seguinte:
 - Sem dor

- A pior dor
- Uma dor já experimentada
- A dor sentida no momento (especificando qual a dor, se existir mais do que um local de dor)

A utilização desta escala pode depender da preferência da criança e da sua habilidade para contar.

ESCALA NUMÉRICA



6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como a criança vivência cada situação vai depender em muito da significação e compreensão que esta tem da mesma, pelo que se torna de extrema importância para a criança a necessidade de compreensão de todo o processo que está a experimentar.

Então podemos compreender melhor que quando a criança é submetida a uma intervenção terapêutica dolorosa, estamos perante uma situação de alto risco no equilíbrio psicológico e emocional da criança, quer no presente, quer no futuro. Torna-se pois fundamental que os cuidados de enfermagem se direccionem para a minimização das consequências negativas e para a potencialização dos efeitos positivos, transformando desta forma uma experiência dolorosa, numa vivência de aprendizagem saudável.

Neste sentido torna-se fundamental que os enfermeiros que trabalham com crianças saibam valorizar e incrementar as formas de expressão da criança, pois muitas vezes só através delas é possível conhecer e compreender melhor como a criança vive, aquela situação de crise.

Durante a sua execução, foi compilada informação pertinente sobre a preparação da criança/pais ou acompanhantes na realização de procedimentos invasivos, a executar em contexto de Centro de Saúde.

Foram descritas as técnicas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser usadas em Centro de Saúde, na preparação para procedimentos invasivos, tendo desta forma dado resposta aos objectivos propostos para a elaboração do manual.

Nas técnicas farmacológicas foram abordados do EMLA, por ser de uso fácil, por não haver necessidade de prescrição médica e por não requerer o uso de monitorização dos parâmetros vitais.

Nas técnicas não farmacológicas foram abordados a Sacarose e enumeradas as técnicas a usar antes, durante e após o procedimento, a estratégia da escolha de uma ou mais técnicas remete-se para o enfermeiro que executa o procedimento, que decidirá a melhor intervenção, tendo em conta a criança e a família presente.

7- REFERÊNCIAS

1. AGRELO, Ana; NEVES, Isabel et al – **Criança Operada – Criança sem dor** – [consultado a 20 de Maio de 2010]. Disponível na Internet: www.terravista.pt/enseada/7531/revista3_artigo.html
2. ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 4ª ed. Braga: Psiquilibrios edições, 2007. ISBN 978-972-97388-5-2
3. ANJOS, Lila Melo – **Cuidar é Amar** – Servir. Lisboa. Julho/Agosto 1998, vol.46, nº4. p.171-180.
4. BATALHA, Luís Manuel Cunha – **A criança com dor e sua família: Saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos**. Servir. Lisboa. ISSN 0871/2370.Vol.49. Nº5 (2001), p.213 – 223.
5. BATALHA, Luís; SANTOS, Luís Almeida; Guimarães, Hercília – **Dor em Cuidados intensivos neonatais**. Acta Pediátrica. nº38, 2007, p.144-151
6. BURR, Sue – **A dor na infância**. Nursing. Lisboa. Nº10 (1988), p.41 – 45
7. CARBAJAL, Ricardo e outros – **Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial**. Medical publication of the year. 4 de Janeiro de 2003. [20/05/2010]. Acessível em <http://www.bjm.com/cgi/content/full/326/7379/13>
8. DIAMOND, A. W.; CONIAM, S. W. – **Controlo da dor**. Trad. Pedro Mendonça. 1ª ed. Lisboa: Clempsi editores, 1997. ISBN 972-97250-6-3
9. DÍAZ-GOMEZ, N. M., ABAD, F, e DOMENECH, E. – **Tratamiento del dolor en el recién nacido**, Relan, n. 1999 1(2);P. 86-93.[10/07/2008]. Acessível em : <http://www.se-neonatal/relan/74-79.pdf>
10. DINERSTEIN, Alejandro; BRUNDI, Mónica – **El dolor en el recién nacido prematuro**. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. nº17 (1998), p. 97-192
11. FERNANDES, Ananda – **Crianças com dor – o quotidiano do trabalho com crianças** – Coimbra: Quarteto Editores. ISBN 972-8535-49

12. FERNANDÉZ, Ibarra e outros – **Escala de valoración del dolor en neonatología**. Revista International para el Cuidado del Paciente Crítico. Vol.4, nº1 (2004), p. 2-7
13. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; Dias, Naudia da Silva – **Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário**, acessível em [http:// www.abensp.org.br/repen/v21n3/artigo4.pdf](http://www.abensp.org.br/repen/v21n3/artigo4.pdf), (12.05.2010).
14. GASPARDO, Cláudia Maria; LINHARES, Maria Beatriz M.; Martinez, Franvisco E. – **A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura**. Jornal de Pediatria. Vol. 81, nº6 (Novembro /Dezembro 2005), [23/07/2008], acessível em <http://www.scielo.br>
15. GASPARDO, Cláudia Maria – **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose** – dissertação de mestrado. São Paulo: 2006.
16. GUINSBURG, Ruth – **A Linguagem da Dor no Recém – Nascido**, [17/07/2008]. Acessível em: [http:// www.sbp.com.br/show-item.cfm?id](http://www.sbp.com.br/show-item.cfm?id), (20.08.2008).
17. IAC – Carta da criança hospitalizada in Legislação – Criança, Adolescente e Saúde: Legislação. Lisboa: IAC, 2002. ISBN 972-8003-18-8.
18. LEITE, Adriana Moraes – **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho**. Biblioteca Digitais de Teses e Dissertações da USP. São Paulo, 15/08/2005. [19/05/2010] acessível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>
19. LEITE, Adriana Moraes; CASTRAL, Thaila Corrêa; SCOCHI, Carmen Gracinad Silvan – **Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?**. Revista Brasileira de Enfermagem. Nº59 (Julho-Agosto de 2006) p.538-542 [23/07/2008]. Acessível em www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf
20. MAGDALENO, Sílvia Raquel Milman – Dor no RN. In MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renatos et al – **Neonatologia Princípios e Prática**. Porto Alegre. 2ª ed. Artes Médicas, 1997, p.129 – 134. ISBN 85-7307-242-3.
21. MARGOTTO, Paulo R.; ROGRIGUES, Débora N. – **Dor Neonatal: Analgesia/Sedação**. Capítulo do livro Assistência ao recém-nascido de risco, Editado por Paulo R. Margotto, 2ª ed., 2004, [19/10/2010]. Acessível em <http://www.Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc>

22. METZGER, Christiane e outros – **Cuidados de Enfermagem e Dor: avaliação da dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente**. Trad. Maria Manuela Martins. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0
23. NORONHA, Nelsimar Silva de, - **Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul** consultado em www.paulomargotto.com.br
24. PINHEIRO, Ana Cristina N. M. e BRAVO, Marias T. F. P. – **Aplicação de Escalas para Avaliação da Dor no Recém-Nascido**. Rev. Portuguesa de Enfermagem, Amadora: ISSN 0873-1586, n.º 10, Abril/Maio/Junho, 2007, pp. 41-48;
25. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Circular normativa nº 09/DGCG**. 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acessível em: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)
26. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD**. 18/10/2010. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acessível em: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)
27. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010**. Fevereiro 2004. Acessível em: [http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)
28. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: D.G.S, 2001. ISBN 972 – 9425 – 95 – 7.
29. ROCHA, Gustavo e outros – **Analgesia e Sedação**. In SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra, 2004, p.45 – 51. ISBN 972 – 99417 – 0 – X.
30. SHAH, PS; ALIWALAS, LL; SHAH, V – **Breastfeeding or breas milk for procedural pain in neonates**. Canada: 2004, data de actualização 2006. [19/05/2010]. Acessível <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/shahprak/shahprak.htm>
31. SANTOS, Leonor – **A dor na criança: Atendimento de crainjas e Jovens nos Centros de saúde**. Boletim de Instituto de Apoio à criança, nº83, separata nº21 Janeiro/ Março 2007,
32. UNICEF <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/>

33. VILARINHO, Laura e outros – **Diagnóstico Precoce: Resultados Preliminares do rastreio metabólico alargado.** Acta Pediátrica Portuguesa. nº 37, 2006, p 186-191
34. WONG, Donna - **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva.** 5ª ed.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
35. ZORZETTO, Ricardo – **A face inocente da dor** – Jornal da Paulista. Janeiro 2000, ano 13, nº139.

ANEXO VII

Formações em Serviço/Centro de Saúde – Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Formação de Divulgação

TEMA:

“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”



DATA : 19 de Maio de 2010 as **10h**, no
ACES Vila Franca de Xira

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

PRELECTORA: Andreia Mota (Aluna da Especialidade
em Saúde Infantil e Pediatria)

Formação de Divulgação

TEMA:

“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”



DATA : 25 de Maio de 2010 as **10h30**,
ACES XII Lisboa Oriental – USF Alverca

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

PRELECTORA: Andreia Mota (Aluna da Especialidade
em Saúde Infantil e Pediatria)

Plano de Sessão
“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”



ACES de Vila Franca – Unidade de Saúde da Castanheira

Formadora: Andreia Mota

Plano de Sessão

Formador: Andreia Mota

Tema: Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Destinatários: Enfermeiros

Sessão nº: 1

Duração da Sessão: 20 minutos

Data: 19 Maio 2010

Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias de alívio da dor na consulta de saúde infantil e vacinação.	- Importância da avaliação da dor; - Definição das estratégias de alívio da dor; - Projecto desenvolvido no centro de saúde	Expositiva/ Demonstrativa/ Activa	- Exposição oral dos conteúdos; -Esclarecimento de dúvidas.	Videoprojector/ Portátil	- 4 Minutos - 6 Minutos - 10 Minutos	Preenchimento de um questionário sobre a avaliação da sessão

Formadora: Andreia Mota

“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”

Plano de Sessão
“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”



Formadora: Andreia Mota

ACES de Vila Franca – Unidade de Saúde da Castanheira

Plano de Sessão

Formador: Andreia Mota

Tema: Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Destinatários: Enfermeiros

Sessão nº: 2

Duração da Sessão: 20 minutos

Data: 25 Maio 2010

Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias de alívio da dor na consulta de saúde infantil e vacinação.	- Importância da avaliação da dor; - Definição das estratégias de alívio da dor; - Projecto desenvolvido no centro de saúde	Expositiva/ Demonstrativa/ Activa	- Exposição oral dos conteúdos; -Esclarecimento de dúvidas.	Videoprojector/ Portátil	- 4 Minutos - 6 Minutos - 10 Minutos	Preenchimento de um questionário sobre a avaliação da sessão



Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: Enf^a ESIP Cândida Pereira
Orientador pedagógico: Professora Elizabete Nunes



Objectivo Geral

- ◆ Sensibilizar para a importância da avaliação da DOR e da utilização de estratégias de alívio da dor na Consulta de Saúde Infantil e na Vacinação.

= Estratégias de Alívio da Dor na Criança =



Objectivos Específicos

- ◆ Incentivar os Enfermeiros do ACES de Vila Franca a utilizarem estratégias de alívio da dor na consulta de saúde infantil e na vacinação;
- ◆ Contribuir para a actualização de conhecimentos sobre a dor na criança;
- ◆ Reflectir sobre a importância da intervenção do enfermeiro na prevenção da dor na criança;
- ◆ Promover competências na equipa de enfermagem sobre a prevenção da dor na criança;
- ◆ Divulgação da norma da sacarose, da caixa mágica e do panfleto da vacinação.

= Estratégias de Alívio da Dor na Criança =



DOR

Experiência Subjectiva

Sensoriais/Emocionais
(angústia, medo, depressão)



Cognitivos
(Significado atribuído)

Comportamentais
(Estratégias adaptativas)

= Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



DOR

Efeitos Negativos da Dor na Criança



- Interferência na relação da criança com o outro, nomeadamente com os pais;
- Reacção de stress do organismo (aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, dificuldade respiratória) ;
- Desinteresse pelo meio que a rodeia;
- Medo, ansiedade e depressão, que por sua vez potenciam a dor;
- Alteração da alimentação e do sono;
- Atraso na recuperação física.

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Valorização da Dor em Portugal

1999 - (DGS) - Grupo de Trabalho para a Dor

2001 - (PNLCD) - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

2003 - (DGS) - Dor 5º Sinal Vital

2008 - (Circular Normativa DGS) - Preocupação em Termos Formais acerca desta temática

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Valorização da Dor em Portugal

Condições dos Centros de Saúde

↓
Procedimentos e comportamentos dos profissionais de saúde face à dor na criança (diagnóstico precoce, administração de vacinas, injectáveis e realização de pensos)

↓
93,3% dos profissionais manifesta preocupação e diz valorizar a dor na criança. A maioria dos centros de saúde não dispõe de procedimentos instituídos para combater a dor.

Boletim do Instituto de Apoio à Criança

"A Dor na Criança, Atendimento a Jovens no Centro de Saúde"



Valorização da Dor em Portugal

Assim, " (...) os resultados encontrados confirmam que não existem quer "guidelines", quer "mindlines" em relação ao combate à dor da Criança provocada pelos procedimentos "rotineiros" executados nos centros de saúde, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física, que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada."

(SANTOS, 2006)

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Estratégias Gerais de Alívio da Dor

- ❖ Usar as intervenções não farmacológicas, para suplementar e não para substituir as intervenções farmacológicas
- ❖ Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/jovem/família
- ❖ Proporcionar um ambiente acolhedor, estruturado, que proporcione distração (livros, brinquedos, música)
- ❖ Incentivar a presença e a colaboração dos pais

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Distração

- Informar os pais sobre o procedimento que vai ser feito e envolvê-los na aprendizagem e colaboração na distração da criança
- Explicação simples, clara e objectiva adequada à idade e experiências da criança (evitando palavras como "picar" e "dor")
- Brincar com a criança, usar o humor ou ler histórias e não mentir a criança
- Utilizar uma respiração rítmica

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Relaxamento (Lactentes ou crianças pequenas)

- Segurar a criança no colo, em posição confortável e bem apoiada
- Falar com tom de voz calmo e suave

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Relaxamento (Crianças mais velhas)

- Pedir a criança para fazer uma respiração profunda e "ficar mole como uma boneca de trapos" enquanto expira devagar, pedir a criança que boceje (demonstrar se necessário)
- Ajudar a criança a assumir uma posição confortável
- Começar relaxamento progressivo: começando com os dedos dos pés; sistematicamente instruir a criança a deixar cada parte do corpo "ficar flácida" ou "ficar pesada"

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Relaxamento (Crianças mais velhas)

- Se a criança tiver dificuldade em relaxar, ensinar a esticar ou a tornar tensa cada parte do corpo e depois relaxá-la
- Deixar a criança estar de olhos abertos durante o relaxamento, a criança sente-se mais segura e responderá melhor ao relaxamento.

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Imagem Guiada

- Dizer a criança para identificar alguma experiência real ou imaginária, que lhe seja agradável
- Dizer a criança para descrever detalhes do acontecimento, incluindo todos os sentidos quanto possível (ex: sente o cheiro das flores, ouve o som do mar, vê as cores bonitas)
- Combinar esta técnica com o relaxamento

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Pensamento Positivo

- Ensinar a criança declarações positivas para dizer quando estiver com dor (ex: "não vou apanhar doenças", "isto é rápido ja passa")

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Paraqem de pensamento

- Identificar factores positivos sobre o procedimento doloroso (ex. não demora muito)
- Identificar informação tranquilizadora (ex. Se pensar noutra coisa dói menos)

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Estimulação Cutânea

- Ensinar massagem simples, rítmica, aplicação de calor ou frio, como um cubo de gelo no local antes de efectuar o procedimento ou aplicação de gelo no local oposto à área da punção

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor

Negociação Comportamental:

(crianças com mais de 4 - 5 anos)

- Usar estrelas ou emblemas como recompensa
- Se a criança adiar ou não colaborar, estipular um tempo limitado para completar o procedimento
- Caso a criança não seja capaz de colaborar, prosseguir com o procedimento
- Reforçar a cooperação com uma recompensa se o procedimento decorrer dentro do tempo previsto

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



SACAROSE

No Centro de Saúde tal como em meio hospitalar, a administração de Sacarose Oral é um método seguro na redução da dor durante os procedimentos invasivos, tanto no recém-nascido como no lactente, ajudando-os a acalmar durante os mesmos, não requerendo a monitorização dos sinais vitais ao contrário de outros fármacos usados na redução da dor.

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



SACAROSE

•A Sacarose é composta por 24% de sacarose e 76% de água, não apresentando aditivos, é segura, fácil de administrar de baixo custo económico e efectivamente analgésica.

•A sua acção analgésica faz-se através do sistema de inibição esdógena não opióide, com a activação do centro do prazer, através da libertação da dopamina e inibição da resposta de sucção, sendo efectivamente analgésica para procedimentos dolorosos de curta duração.

(Curtis et al, 2007)

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



SACAROSE

●Recomenda-se o uso de 1 ml de solução, 2 minutos antes do procedimento causador de dor.

●As respostas fisiológicas à dor diminuem, a frequência cardíaca, a frequência respiratória são inferiores em relação a quem não foi administrada sacarose.

●A saturação de oxigénio é superior quando administrado sacarose.

(Hatfield et al, 2008).

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Diagnóstico Precoce

Estudo

Aleitamento Materno como medida de Alívio da Dor

Os resultados foram: os recém-nascidos amamentados durante o procedimento doloroso tiveram uma redução significativa na duração do tempo de choro, quando comparado com os outros



O Aleitamento Materno deve ser usado, sempre que possível, para aliviar a dor no recém-nascido sujeito a procedimento doloroso

(SHAH, 2006)

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Diagnóstico Precoce

- O odor do leite materno pode contribuir para o alívio da dor aguda em recém-nascidos
- O efeito analgésico do leite, pode estar relacionado à proteína visto que a presença da glicose não foi suficiente para promover o alívio da dor
- O sistema de acção opióide central é desencadeado pela via pós absorptiva da b-Casomorфина, que permite o efeito analgésico do leite e as influências de conservação de energia(diminuição da frequência cardíaca e actividade motora)

LEITE e outros, 2006

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Projecto de Estágio

● Protocolo da Sacarose

● Caixa Mágica

● Panfleto: Preparação de crianças e Jovens para a vacinação

● Manual de Estratégias de Redução e Alívio da Dor na Criança



Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Projecto de Estágio

● Protocolo da Sacarose



Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Projecto de Estágio

● Caixa Mágica



Estratégias de Alívio da Dor em Saúde Infantil e Pediatria=



Projecto de Estágio

● Panfleto: Prevenção/Redução da Dor durante a realização de Vacinas nas Crianças

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Bibliografia

- ▣ Instituto de Apoio à Criança. (1997). *A criança e os serviços de saúde - Humanizar o atendimento* (1ª ed.) Lisboa: Ponto grande. ISBN972-8003-07-2-0
- ▣ Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A Dor na Criança - Guia de atitudes e procedimentos* (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN972-8003-25-0
- ▣ Instituto de Apoio à Criança - Sector de Humanização dos serviços de Atendimento à Criança. (2006). *A Dor na Criança - Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN978-972-8003-26-5

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=



Bibliografia

- ▣ Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lisboa: Lusociência.
- ▣ Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ▣ Whaley, L. & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Estratégias de Alívio da Dor na Criança=

Avaliação da Sessão de Formação
Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Data: 19 de Maio de 2010
Horário: 10h

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

3. Esta acção de Formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

5. Sugestões e/ou comentários que considere relevantes.

Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.

Avaliação da Sessão 1
Estratégias de Alívio da Dor na Criança

ACES XII Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira

Fundamentação Teórica da Sessão:

Realizei uma acção de formação intitulada por “Estratégias de Alívio da Dor na Criança”, de forma a divulgar o meu projecto de estágio e sensibilizar os profissionais de saúde do ACES para importância da avaliação da dor na criança, da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor e a envolver toda a equipa na colaboração deste projecto.

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento. Cabe aos enfermeiros insistir na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos.

Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança; pois se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num centro de saúde, procedimentos estes que são a vacinação e o diagnóstico precoce.

Enquanto profissionais de saúde, desempenhamos um papel fundamental e temos de ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

A acção de formação programada foi concretizada no dia 19 de Maio de 2010, ACES XII Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira

Esta formação desenvolveu-se durante 30 minutos e teve com objectivo geral “Sensibilizar para a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias de alívio da dor na consulta de saúde infantil e vacinação”. Contei com a presença de 20 formandos, sendo a totalidade enfermeiros do ACES XII serviço e 2 estagiários de enfermagem.

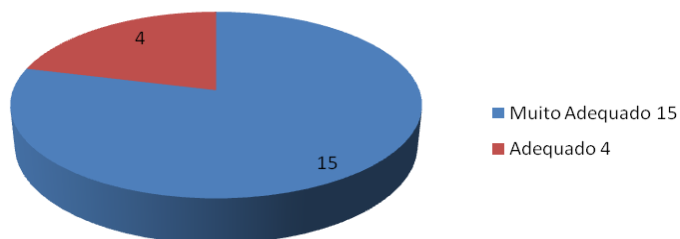
Divulguei o protocolo da sacarose, e contei com a presença de um delegado representante da sacarose para divulgação e onde disponibilizou informação e amostras.

Apresentei a caixa com brinquedos para as diferentes faixas etárias com o nome de “Caixa Mágica” e o manual de utilização da caixa mágica. Apresentei também o folheto acerca da vacinação e o manual com as estratégias de alívio da dor na criança.

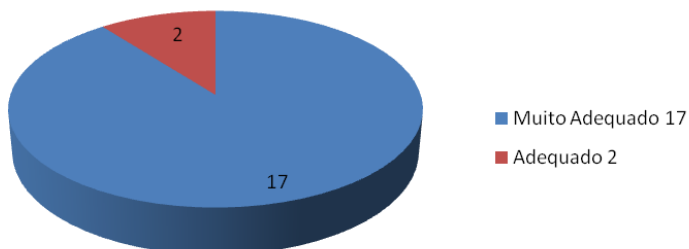
No final da formação foi distribuído um questionário de avaliação da mesma, constituído por cinco questões. No total obtivemos 19 questionários preenchidos. Passamos a apresentar os resultados.

Análise e resultados da Sessão:

Q1. Como avalia os temas debatidos?



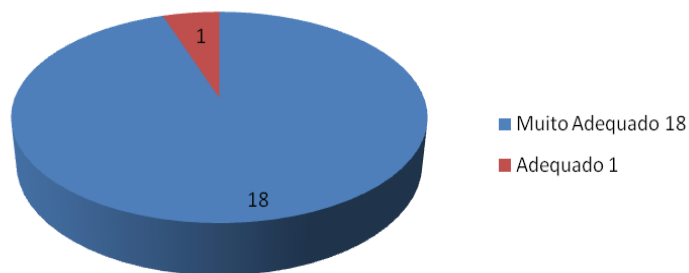
Q2. Como avalia a apresentação?



Q3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

16 Respostas	<p>“Adquirir conhecimentos”</p> <p>“Utilizar como prática de enfermagem”</p> <p>“Melhorar a prestação de cuidados”</p> <p>“Por em prática novas técnicas”</p> <p>“Promover, proteger o aleitamento materno”</p> <p>“Práticas mais correctas”</p> <p>“Iniciar as estratégias de alívio da dor”</p>
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Q.4 Como avalia a sessão de acordo com as suas experiências?



Q5. Sugestões e/ou comentários relevantes.

14 Respostas	“É muito importante, visto mostrar aos profissionais novas e melhores técnicas de alívio da dor”
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Conclusão da Sessão:

Com a execução desta formação, julgo ter dado um contributo para a sensibilização dos profissionais do ACES para preparação da criança para procedimentos invasivos.

Avaliação da Sessão de Formação
Estratégias de Alívio da Dor na Criança

Data: 25 de Maio de 2010
Horário: 10h

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

3. Esta acção de Formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado
Adequado
Pouco adequado
Nada adequado

5. Sugestões e/ou comentários que considere relevantes.

Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.

Avaliação da Sessão 2

Estratégias de Alívio da Dor na Criança

ACES XII Lisboa Oriental – Vila Franca de Xira – Unidade funcional de Alverca

Fundamentação Teórica da Sessão:

Realizei uma acção de formação intitulada por “Estratégias de Alívio da Dor na Criança”, de forma a divulgar o meu projecto de estágio e sensibilizar os profissionais da Unidade funcional de Alverca para importância da avaliação da dor na criança, da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor e a envolver toda a equipa na colaboração deste projecto.

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento. Cabe aos enfermeiros insistir na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos.

Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança; pois se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num centro de saúde, procedimentos estes que são a vacinação e o diagnóstico precoce.

Enquanto profissionais de saúde, desempenhamos um papel fundamental e temos de ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

A acção de formação programada foi concretizada no dia 27 de Maio de 2010, ACES XII Lisboa Oriental – Unidade de Alverca, uma vez que a equipa desta unidade não esteve presente na reunião do ACES e mostrou muito interesse em assistir a esta formação.

Esta formação desenvolveu-se durante 30 minutos e teve com objectivo geral “Sensibilizar para a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias de alívio da dor na consulta de saúde infantil e vacinação”.

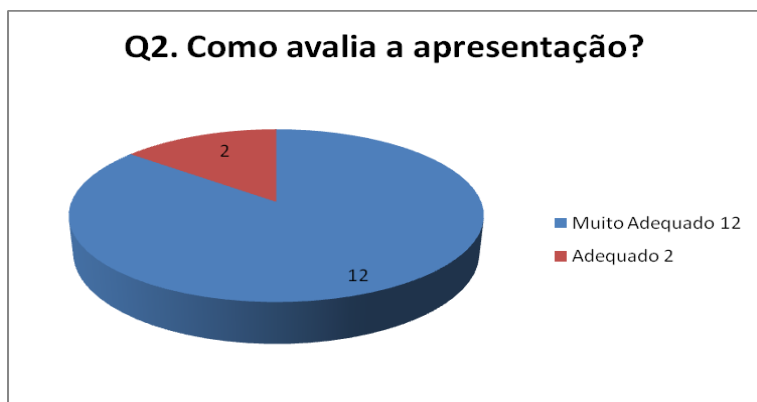
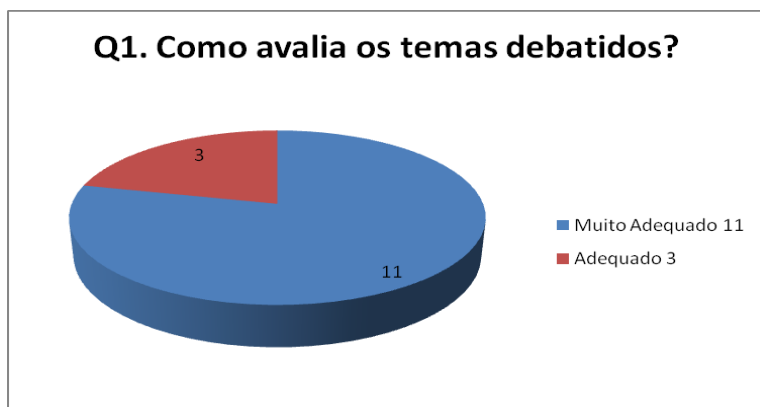
Divulguei o protocolo da sacarose, apresentei a caixa com brinquedos para as diferentes faixas etárias com o nome de “Caixa Mágica” e o manual de utilização da caixa mágica. Apresentei também o folheto acerca da vacinação e o manual com as estratégias de alívio da dor na criança.

Contei com a presença de 14 formandos, sendo a totalidade enfermeiros do serviço e 5 estagiários de enfermagem.

No final da formação foi distribuído um questionário de avaliação da mesma, constituído por cinco questões. No total obtive 14 questionários preenchidos. Passo a apresentar os

resultados.

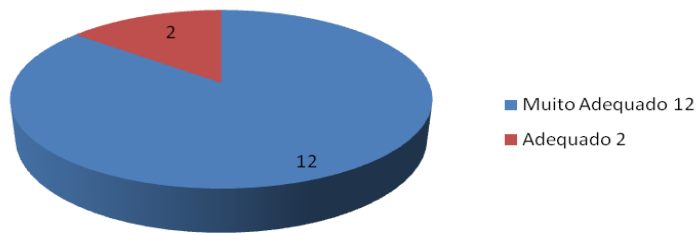
Análise e resultados da Sessão:



Q3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

6 Respostas	<p>“Adquirir conhecimentos”</p> <p>“Utilizar como prática de enfermagem”</p> <p>“Melhorar a prestação de cuidados”</p> <p>“Por em prática as técnicas não farmacológicas”</p> <p>“Utilizar a sacarose”</p> <p>“Sugerir a equipa fazer uma caixa mágica”</p>
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Q4. Como avalia a sessão de acordo com as suas experiências?



Q5. Sugestões e/ou comentários relevantes.

1 Resposta	“É muito importante, visto mostrar aos profissionais novas e melhores técnicas”
------------	---------------------------------------------------------------------------------

Conclusão da Sessão:

Com a execução deste formação, julgo ter dado um contributo para a sensibilização dos profissionais da Unidade Funcional de Alverca para preparação da criança para procedimentos invasivos .

ANEXO VIII
Protocolo da Técnica do Banho Enrolado



Hospital de Santa Maria

(Unidade de Neonatologia)

TÍTULO: <u>BANHO ENROLADO</u> LOCALIZAÇÃO: Manual de Enfermagem	Elaborado em .../.../... Autores: _____ Aprovado em .../.../... Revisão em .../.../... Enf. ^a Chefe: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. OBJECTIVOS

- Proporcionar o bem estar do bebé;
- Proporcionar uma melhor resposta adaptativa do recém-nascido de baixo peso ao ambiente;
- Promover a organização dos sistemas motores e fisiológicos.

2. CONCEITOS E INDICAÇÕES

Pioneira na prática do banho humanizado em bebés prematuros, Wedja Santos defende que: “O banho enrolado/humanizado, tornou-se um momento de prazer e relaxamento, para os recém-nascidos prematuros, respeitando o estado comportamental de cada um e contribuindo assim para o desenvolvimento do recém-nascido, ao contrário de outras técnicas de enfermagem, sendo assim uma opção para solucionar um problema diário de muito choro durante o horário do banho dos recém-nascidos.

O Banho Enrolado está indicado em:

- ✓ RN prematuro.
- ✓ RN de baixo peso.

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O processo do Banho Enrolado é tranquilo e admirável. Como os bebês são prematuros e são de baixo do peso, o banho deve ser realizado em dias alternados. Antes de iniciar o procedimento, o primeiro passo é observar o estado do bebê. Ele não pode estar em sono profundo, com fome, facies de dor ou a chorar.

As condições da sala devem ser as ideais ao procedimento desta técnica , o ar condicionado deve ser desligado, bem como todas as entradas de ar direccionadas à banheira devem ser cortadas, a água deve estar a uma temperatura ideal (36,5º a 37º) e as luzes devem ser desligadas.

Cada detalhe contribui para o sucesso do banho, e caso sejam ignorados pode acarretar stresse e comprometer o ganho de peso.

Tantos os profissionais quanto as mães percebem a evolução diária do bebê e reconhecem a contribuição positiva do banho enrolado no bebê prematuro, momento em que enfrenta mais o stresse dos recém-nascidos.

4. ORIENTAÇÕES REFERENTES A EXECUÇÃO

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Preparar o bebê com tranquilidade, toda a roupa deve ser retirada.	<ul style="list-style-type: none">✓ Mantê-lo calmo.✓ Evitar o excesso de manipulações.

<p>2. O bebê é enrolado em formato de envelope até a altura do pescoço. Neste passo, as pernas ficam em flexão e os braços dobrados na altura da cintura.</p> <p>3. Depois de enrolado o bebê é levado à banheira ou taça.</p> <p>4. A água deve estar a uma temperatura de 36,5° a 37°, o ar condicionado deve ser desligado, bem como todas as entradas de ar direcionadas à banheira devem ser cortadas e as luzes devem ser desligadas.</p> <p>5. Todos os detalhes verificados, o bebê é colocado na banheira, de modo que o corpo fique submerso até o pescoço, evitando a perda de calor do corpo. Assim o banho é iniciado pelo rosto, sem sabão, com compressas - uma para cada área. Primeiramente os olhos e, na sequência, bochechas, as narinas e orelhas.</p> <p>6. O pescoço, os membros superiores, tórax, costas e membros inferiores são ensaboados nessa ordem, e à</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantê-lo calmo. ✓ Evitar o excesso de manipulações. ✓ Proporcionar conforto. ✓ Previne a perda de calor. ✓ Proporcionar conforto. ✓ Previne a perda de calor. ✓ Mantê-lo calmo. ✓ Evitar o excesso de manipulações externas. ✓ Previne a perda de calor. ✓ Mantê-lo calmo. ✓ Evitar a contaminação. ✓ Mantê-lo calmo. ✓ Evitar o excesso de
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>medida que isso vai acontecendo, o pano vai sendo desenrolado aos poucos. A região genital é ensaboada, removendo o sabão com algodão.</p> <p>7. Um detalhe muito importante, é que o banho mesmo sendo tranquilizador não pode ser muito demorado, pois a temperatura da água vai se alterando com o decorrer do tempo.</p> <p>8. De seguida deve ser enrolado num segundo pano seco para ser aquecido e seco de forma a não perder calor.</p> <p>9. Por fim colocar o bebé na incubadora/berço, em posição confortável.</p>	<p>manipulações.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar conforto ✓ Previne a perda de calor. ✓ Mantê-lo calmo. ✓ Evitar o excesso de manipulações externas. ✓ Previne a perda de calor. ✓ Mantê-lo calmo.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO IX
Formação em Serviço/ Neonatologia - Banho Enrolado

Formação de Divulgação

TEMA: **BANHO ENROLADO**



**DATA : 19 de Outubro de 2010 as
14h**, no Serviço de Neonatologia do Hospital
de Santa Maria

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

PRELECTORA: Andreia Mota (Aluna da Especialidade
em Saúde Infantil e Pediatria)

Plano de Sessão

Banho Enrolado



Formadora: Andreia Mota

"Hospital de Santa Maria - Serviço de Neonatologia"

Plano de Sessão

Formador: Andreia Mota

Tema: Banho Enrolado
Destinatários: Enfermeiros
Sessão nº: 1

Data: 19 Outubro 2010

Duração da Sessão: 30 minutos

Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
- Sensibilizar para a implementação do Banho Enrolado.	-Conhecer a importância do banho enrolado no RN prematuro; -Identificar benefícios, indicações e contra-indicações do banho enrolado no RN Prematuro;	Expositiva/ Demonstrativa/ Activa	- Exposição oral dos conteúdos; - Esclarecimento de dúvidas.	Videoprojector/ Portátil	- 15 Minutos - 5 Minutos - 10 Minutos	Preenchimento de um questionário sobre a avaliação da sessão

Hospital de Santa Maria
Unidade de Neonatologia

BANHO ENROLADO



Enfª. Andreia Mota
(Aluna da ESIP da UCP)

Lisboa
19 de Outubro de 2010

Objectivos



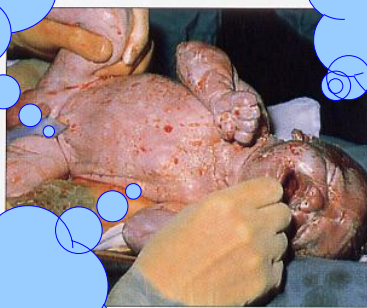
- Conhecer a importância do banho enrolado no RN prematuro;
- Identificar benefícios, indicações e contra-indicações do banho enrolado no RN Prematuro;
- Dar a conhecer como se realiza o banho enrolado.

Aqui estou, tal como vim ao mundo...



Aprendi a respirar...por isso fartei-me de **chorar...**

Ceguei coberto se uma **gordura** (vernix caseosa) e de **sangue...**



A cor da minha **pele** era ligeiramente **azulada...**

Mas depressa fiquei **limpinho...e** junto dos **enfermeiros...**

Chegou a hora do Banho!



Banho Enrolado



O banho é um momento privilegiado para interagir com o bebê, falando-lhe docemente de forma a transmitir-lhe **confiança** e a **tranquilizá-lo!**



Banho Enrolado



- Importância do Banho
- Horário
- Preparação do ambiente
- Material necessário
- Técnica do banho enrolado



Banho Enrolado



Maternidade Escola Santa Mônica em Alagoas (Brasil)



Pioneira na prática do banho humanizado em bebês prematuros



Divulgam a experiência para outras maternidades públicas e privadas, que aderiram a técnica

Banho Enrolado



- É um processo tranquilo e admirável;
- Deve ser realizado em dias alternados;
- Antes de iniciar o procedimento, o primeiro passo é observar o estado do bebê;
- Não pode estar em sono profundo, com fome, facies de dor ou a chorar.

Benefícios:



- Proporciona o bem estar do bebê;
- Proporciona uma melhor resposta adaptativa do recém-nascido de baixo peso ao ambiente;
- Promove a organização dos sistemas motores e fisiológicos.

Banho Enrolado



Está indicado em :

- RN prematuro
- RN de baixo peso



Banho Enrolado



O banho enrolado/humanizado, tornou-se um momento de prazer e relaxamento, para os recém-nascidos prematuros, respeitando o estado comportamental de cada um e contribuindo assim para o desenvolvimento do recém-nascido, ao contrário de outras técnicas de enfermagem, sendo assim uma opção para solucionar um problema diário de muito choro durante o horário do banho dos recém-nascidos....

Banho Enrolado



- Momento de **calma e disponibilidade**;
- Se possível, sempre à **mesma hora** e na presença de **elementos da família**;
- **Nunca** após as refeições (mamadas).



Banho Enrolado



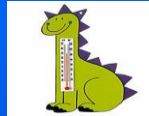
- As condições da sala devem ser as ideais ao procedimento desta técnica;
- O ar condicionado deve ser desligado, bem como todas as entradas de ar direccionadas à banheira devem ser cortadas;
- As luzes devem ser desligadas;



Banho Enrolado



- A água deve estar a uma temperatura ideal (36,5° a 37°);



- Retirar jóias, relógio e procurar ter unhas cortadas, lisas e mãos limpas;



- Material devidamente preparado e acessível.

Material Necessário



- Banheira;
- 1 muda de roupa completa;
- 2 toalha de banho;
- 1 fralda descartável;
- Compressas não esterilizadas e esterilizadas;
- Loção de banho de ph neutro, sem perfume;
- Soro fisiológico;
- Álcool puro a 70°;
- Creme hidratante;
- Escova/tesoura.



Técnica do Banho Enrolado



Banho Enrolado



- Preparar o bebé com tranquilidade, toda a roupa deve ser retirada;
- O bebé é enrolado em formato de envelope até a altura do pescoço. Neste passo, as pernas ficam em flexão e os braços dobrados na altura da cintura;



Banho Enrolado



- Depois de enrolado o bebé é levado à banheira ou taça;
- A água deve estar a uma temperatura de 36,5° a 37°, o ar condicionado deve ser desligado, bem como todas as entradas de ar direcionadas à banheira devem ser cortadas e as luzes devem ser desligadas;



Banho Enrolado



- O bebê é colocado na banheira, de modo que o corpo fique submerso até o pescoço, evitando a perda de calor do corpo.
- O banho é iniciado pelo rosto, sem sabão, com compressas - uma para cada área. Primeiramente os olhos e, na sequência, bochechas, as narinas e orelhas.
- O pescoço, os membros superiores, tórax, costas e membros inferiores são ensaboados nessa ordem, e à medida que isso vai acontecendo, o pano vai sendo desenrolado aos poucos. A região genital é ensaboada, removendo o sabão com algodão.



Banho Enrolado



- O banho mesmo sendo tranquilizador não pode ser muito demorado, pois a temperatura da água vai se alterando com o decorrer do tempo;
- De seguida deve ser enrolado num segundo pano seco para ser aquecido e seco de forma a não perder calor;
- Por fim colocar o bebê na incubadora/berço, em posição confortável.



Banho Enrolado



- Cada detalhe contribui para o sucesso do banho, e caso sejam ignorados pode acarretar stresse e comprometer o ganho de peso;
- Tantos os profissionais quanto as mães percebem a evolução diária do bebé e reconhecem a contribuição positiva do banho enrolado no bebé prematuro, momento em que enfrenta mais o stresse dos recém-nascidos.

Conclusão



- O banho enrolado é seguro e tranquilizador;
- Traz vantagens para o Rn prematuro ou de baixo peso.



O PREMATURO merece todo o nosso cuidado!



Obrigado pela atenção!!!

Referências



- <http://www.alagoas24horas.com.br/conteudo/?vCod=90623>

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas?

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

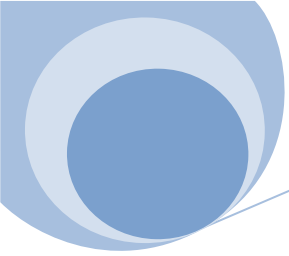
Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

5. Sugestões e/ou comentários que considere relevantes?



Avaliação da Sessão

“Banho Enrolado”

Hospital de Santa Maria – Serviço de Neonatologia

Fundamentação Teórica da Sessão:

Para divulgar o meu projecto de estágio realizei uma acção de formação intitulada “Banho Enrolado”, de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem da Neonatologia para esta nova técnica.

A acção de formação programada foi concretizada no dia 19 de Outubro de 2010, no Serviço de Neonatologia.

O banho enrolado/humanizado, tornou-se um momento de prazer e relaxamento, para os recém-nascidos prematuros, respeitando o estado comportamental de cada um e contribuindo assim para o desenvolvimento do recém-nascido, ao contrário de outras técnicas de enfermagem, sendo assim uma opção para solucionar um problema diário de muito choro durante o horário do banho dos recém-nascidos.

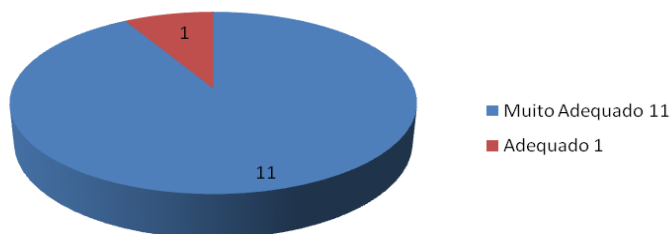
Esta formação desenvolveu-se durante 20 minutos e teve com objectivo geral “Sensibilizar para a importância da utilização desta técnica em Neonatologia”, onde expliquei a importância do Banho enrolado no RN prematuro, os seus benefícios, indicações e contra-indicações e por fim exemplifiquei a Técnica.

Contei com a presença de 12 formandos, sendo a totalidade enfermeiros do serviço.

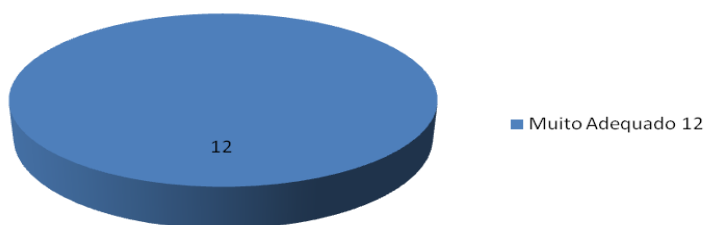
No final da formação foi distribuído um questionário de avaliação da mesma, constituído por cinco questões. No total obtive 12 questionários preenchidos. Passo a apresentar os resultados.

Análise e resultados da Sessão:

Q1. Como avalia os temas debatidos?



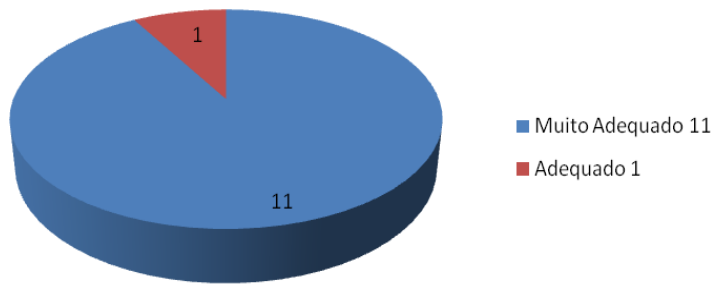
Q2. Como avalia a apresentação?



Q3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

6 Respostas	“Adquirir conhecimentos” “Utilizar como prática de enfermagem” “Melhorar a prestação de cuidados” “Por em prática a técnica” “Promover a parentalidade” “Prática mais adequada para o RN”
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Q4. Como avalia a sessão de acordo com as suas experiências?



Q5. Sugestões e/ou comentários relevantes.

4 Respostas	“É muito importante, visto mostrar aos profissionais uma técnica inovadora para cuidar do RN de risco”
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------



Conclusão da Sessão:

Foi muito importante para mim apresentar esta nova técnica, no sentido em que os enfermeiros se mostraram muito interessados em aprofundar conhecimentos sobre esta temática, e passarem a utilizar esta técnica promovendo assim o conforto ao RN. Com a execução desta formação julgo ter dado um contributo para a sensibilização dos profissionais e espero contribuir de alguma forma para promover uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados na Neonatologia do HSM.

ANEXO X

Manual da Implementação da Avaliação Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica

**Centro Hospitalar de Torres Vedras
(Serviço de Pediatria)**

**IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO
SISTEMÁTICA DA DOR NA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA**



Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP — Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: En^ª ESIP Lília Alves
Orientador pedagógico: Professora Elizabete Nunes

Novembro de 2010

ÍNDICE	pág.
0 – INTRODUÇÃO	3
1 – DOR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	4
2– AVALIAÇÃO DA DOR NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA	7
2.1 – Objectivo	8
2.2 – Organização do procedimento	8
2.3 – Princípios para avaliação da dor	8
2.4 – Frequência da avaliação e registo da dor	9
2.5 – Registo da avaliação da dor	9
2.6 – Indicadores	11
3 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA	12
4 - MANIFESTAÇÕES DE DOR	19
5 – PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ACORDO COM O SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	22
6- ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLOGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA	24
6.1 - Estratégias gerais	25
6.1.1 – Ambiente	25
6.1.2 – Relação de confiança	25
6.2 – Estratégias Comportamentais	26
6.2.1 - Relaxamento	26
6.2.2 – Estratégias de reforço/valorização das atitudes de controlo e colaboração	26
6.3 – Estratégias Sensoriais	27
6.3.1- Posicionamento	27
6.3.2 – Utilização de meios físicos	27
6.3.3 – Técnicas de estimulação cutânea	27
6.4 – Estratégias cognitivas	28
6.4.1 – Distracção	28
6.5 – Organização do procedimento	31
7 – NORMA DA AVALIAÇÃO DA DOR	32
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

0 – INTRODUÇÃO

Este projecto de implementação da avaliação sistemática da dor na Urgência Pediátrica foi elaborado no âmbito da Unidade curricular estágio, Modulo III – Urgência Pediátrica, integrado no Mestrado de Natureza Profissional em saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa. Tem como principal finalidade, orientar a intervenção da equipa de enfermagem do Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV) na aplicação das escalas da dor adequadas a cada faixa etária, ao seu registo no programa informático ALERT e a utilização de estratégias não farmacológicas de redução/prevenção da dor na criança protocoladas e descritas no Manual Operativo de Enfermagem.

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos na Urgência Pediátrica que poderão traduzir-se em alterações de comportamento e desenvolvimento. Cabe aos enfermeiros insistir na preparação da criança para a realização de procedimentos invasivos, com o objectivo de prevenir/reduzir os efeitos nefastos dos mesmos.

Na nossa prática diária, somos confrontados com a necessidade de executar procedimentos invasivos que provocam dor, desconforto e aumentam os níveis de ansiedade da criança,

A execução deste trabalho, pretende dar um contributo para a sensibilização dos profissionais para a preparação da criança para procedimentos invasivos.

Este manual tem como objectivo deixar disponível na urgência pediátrica as escalas conforme norma instituída no CHTV para avaliação da dor, o modo como deve ficar registado no programa informático ALERT e o conjunto de estratégias que visam a prevenção/redução da dor na criança submetida a procedimentos dolorosos, durante a sua prevalência na urgência pediátrica/UICD (unidade de Internamento de curta duração).

A avaliação sistemática da dor foi iniciada a 12 de Fevereiro de 2007 no CHTV, mas sem incluir entre outros serviços a urgência pediátrica. Este projecto visa então alargar a avaliação para a urgência pediátrica. Desta forma ficará disponível esta informação para ser consultada pelos membros da equipa de enfermagem de modo a facilitar a implementação da avaliação da dor na criança/ registo no ALERT.

I – DOR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA



A dor é um tema actual e integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 de Portugal, tendo sido colocada em prática esta preocupação em termos formais, através da elaboração do Programa Nacional de Controlo da Dor, tendo sido divulgada pela Direcção-Geral da Saúde através da Circular Normativa N° 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho de 2008. Esta mesma Circular Normativa veio dar continuidade, numa versão actualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

A dor é definida pela *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)*, como se encontra referido na Circular Normativa N° 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho de 2008, “ (...) 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”.

A preocupação com esta temática encontra-se prevista em termos da Legislação Portuguesa, através da Circular Normativa N°09/DGCG de 14 de Junho de 2003. A então referida circular “A Dor como 5° sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor”, foi considerada norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, desta forma preconiza-se:

- O registo sistemático da intensidade da dor;
- A utilização da mensuração da intensidade da dor (...) através de escalas;
- A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais (...) de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

Também na Carta da Criança Hospitalizada, adoptada em 1988, em Leiden na Holanda, no seu artigo 5°, assume-se que “As agressões físicas e emocionais devem ser reduzidas ao mínimo”, isto é assegura o direito a evitar todo o exame ou tratamento que seja indispensável, acrescentando que as agressões físicas e emocionais e a dor devem ser reduzidas.

Assim sendo, o controlo da dor no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, foi encarado uma prioridade pelas Entidades Governamentais do nosso país, como também considerado um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados.

Apesar de esta temática não ser recente e a dor se encontrar amplamente estudada, a prevenção, o diagnóstico e o alívio da dor na criança estão muitas vezes rodeadas de incertezas e mitos, e a organização dos cuidados nem sempre está concebida em função das particularidades e características das crianças, tal como foi referido por BURR (1988) e FERNANDES (2000).

O profissional de saúde deve ser portador de um conhecimento científico do conteúdo, visando construir em si os contornos da complexidade das suas práticas, mas também o fascínio de as tornar simples em cada acto profissional e reflexivo e competente, em cada acto de Bem Fazer e Fazer Bem. É segundo este paradigma que se pretende que a abordagem da dor seja feita durante a prestação de cuidados à criança.

Como enfermeira a frequentar este estágio neste contexto infantil e pediátrico a Unidade curricular estágio, Módulo III – Urgência Pediátrica, integrado no Mestrado de Natureza Profissional em saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa não pude deixar de me inquietar e preocupar com a experiência de dor a que as crianças estão sujeitas na vinda à urgência pediátrica, e desta forma contribuir para a melhoria efectiva da qualidade de cuidados.

Pretendo desta forma contribuir para “reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes, nomeadamente: Continuar a discutir a dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, utentes, associações de utentes, etc.; (...) prosseguir a investigação na área da dor; (...) e aumentar a respectiva formação nesta área, de forma a incrementar a disponibilidade e competência para a avaliação e tratamento da dor na criança.” (SANTOS, 2006).

2 – AVALIAÇÃO DA DOR NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA



A determinação do nível de dor que uma pessoa está a experimentar “é uma das tarefas mais comuns e mais difíceis de levar a cabo” (Bradshaw e Zeanah, 1986).

É um grande desafio já que a dor é, antes de tudo, subjectiva variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais, e em particular na criança a avaliação da dor depende da relação entre a idade, desenvolvimento neurológico, do ambiente psicossocial e da natureza da acção.

Uma avaliação apropriada ao nível da enfermagem deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar. Esta mesma avaliação precisa das intervenções de enfermagem, podendo até sugerir alterações nestas intervenções.

É de extrema importância a avaliação e registo da dor no programa ALERT, o que vai proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.1 – Objectivo

- Optimizar as respostas terapêuticas analgésicas disponíveis, adequando-as a criança que recorrem a Urgência Pediátrica e ficam internadas na UICD;
- Melhorar a qualidade de vida da criança, contribuindo para a humanização das unidades prestadoras de cuidados;
- Reduzir o medo/ansiedade da criança na vinda a urgência.

2.2 – Organização do procedimento

- Utilizar o QUESTT (Question, Use, Evaluate, Sure, Take, Take), de acordo com a norma do Serviço.

2.3 – Princípios para avaliação da dor

- Avaliação multidimensional QUESTT (*question, use, evaluate, sure, take, take*)

1 - Questionar a criança (História de dor);

2 - Usar escalas de avaliação de dor;

3 - Avaliar comportamento e as alterações fisiológicas (TA, FC, FR, SpO₂);

4 - Assegurar a participação dos pais (História de dor para os pais);

5 - Considerar a causa da dor (estímulo causador);

6 - Actuar e avaliar os resultados (ex: eventual administração de uma dose de analgésico ou utilização de estratégia não farmacológica e registo no ALERT)

2.4 – Frequência da avaliação e registo da dor

- 1 vez por episódio
- Reavaliar sempre que se verifique
 - Manifestações de desconforto;
 - Sinais ou sintomas de dor;
 - Utilização de analgesia e/ou estratégias não farmacológicas de alívio da dor

2.5 – Registo da Avaliação da Dor e da estratégia de alívio da dor utilizada da seguinte forma:

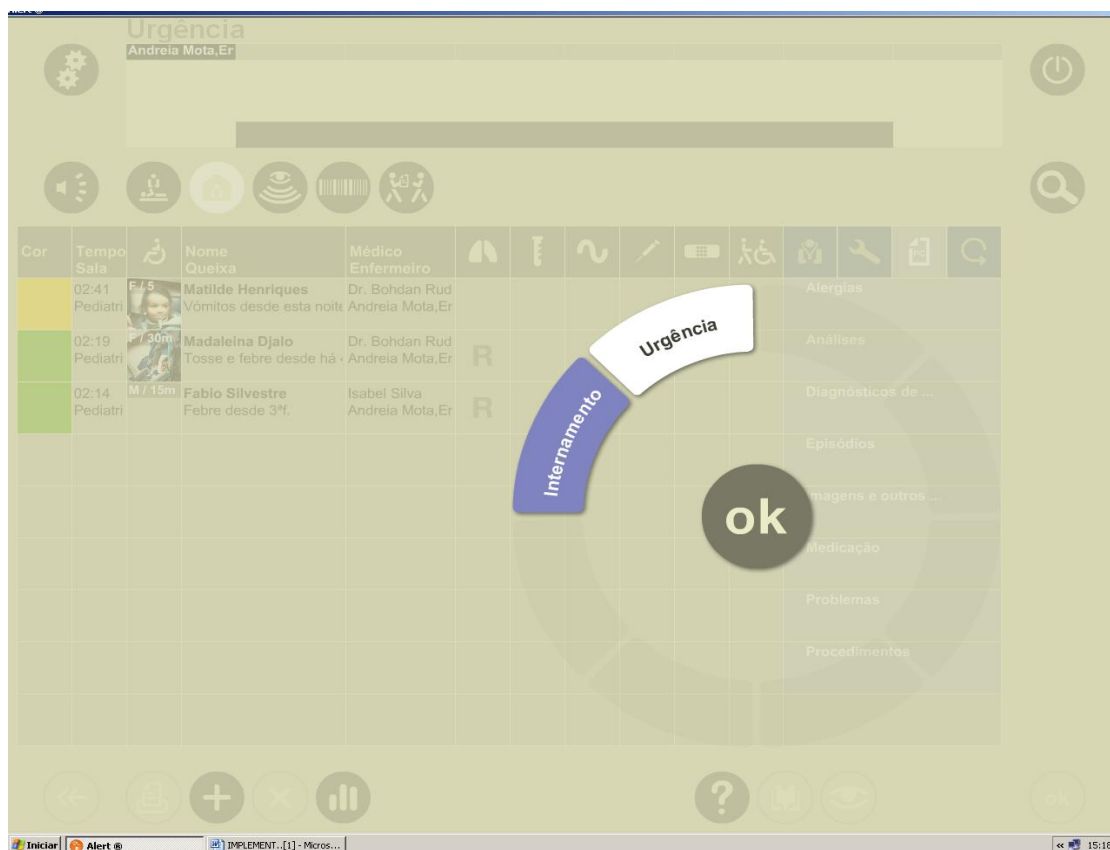
- Registrar a todas as crianças que permanecem em observação durante os nossos cuidados na UICD da urgência pediátrica;
- Avaliar a dor e registar no ALERT em Diário de Enfermagem
- Registrar a avaliação da dor e a escala utilizada;
- Registrar se necessária a estratégia de alívio utilizada, em diário de enfermagem.

De seguida apresento a forma correcta de registo no ALERT, através de um exemplo:

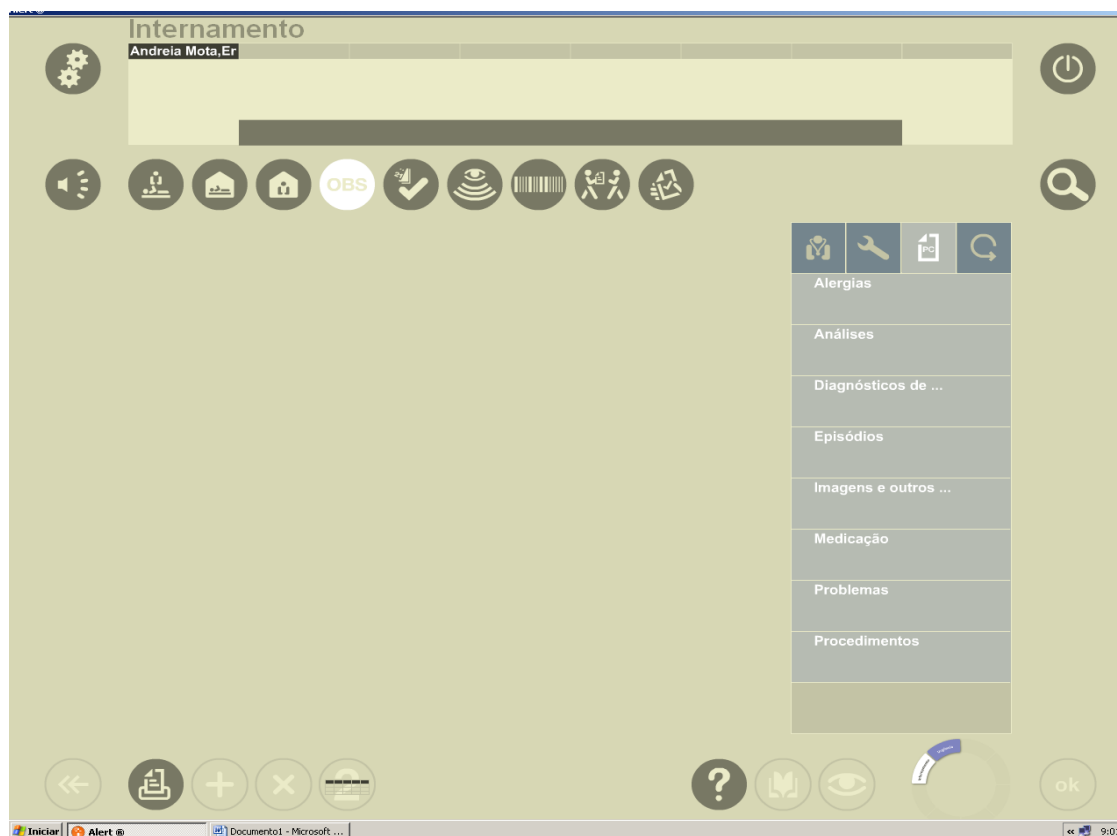
1 – Abrir o Programa ALERT



2 – Seleccionar a opção Internamento



3 – Realizar o registo no diário de enfermagem

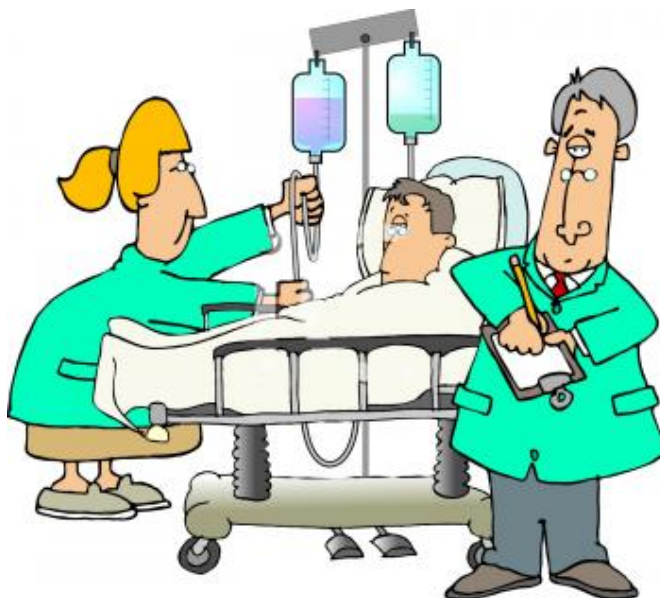


4 – Descrever em diário de enfermagem, a avaliação da dor e a escala utilizada

2.6 – Indicadores

- Percentagem de utentes avaliados quanto à dor, no total dos utentes tratados.
Este indicador pretenderá monitorizar se todos os utentes foram avaliados quanto à dor.

3 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA



Escalas adequadas:

- Ao recém-nascido:

*A Escala de **Nips** (The neonatal infant pain scale)*

No recém-nascido, a avaliação da dor está entre os maiores desafios que os profissionais de saúde e investigadores enfrentam.

Dada a ausência de comunicação verbal do recém-nascido, tornou-se necessário criar métodos de avaliação homogéneos e baseados nas alterações no mesmo. Estas escalas apresentam um carácter objectivo, já que analisam dados concretos e fiáveis e não opiniões dos próprios sujeitos.

Utilizada para a avaliação da dor em recém-nascidos prematuros (a partir da 28^a semana de gestação) e de termo, até à 6^a semana de vida. É uma escala comportamental composta por seis indicadores: expressão facial, choro, características da respiração, braços, pernas, estado de repouso/sono. Cada indicador é medido numa escala de zero a dois pontos perfazendo um *score* mínimo de zero e um máximo de sete; a partir de 3 é considerada dor significativa.

- À criança a partir dos 4 anos:

*A Escala das **Faces***

A *escala de faces de Wong & Baker (1988)* é a escala preferida pelas crianças e um dos métodos mais correctos para avaliação da dor (McCAFFERY, 1997, p.240). Esta escala associa a cada face o número correspondente e/ou o que significa qualitativamente, podendo a criança fazer a autoavaliação da sua dor como preferir e de acordo com o seu nível de desenvolvimento.

Neste estadio, a existência de representações simbólicas vai permitir à criança poder usar uma inteligência diferente.

O pensamento corresponde a uma acção interiorizada, assente na capacidade de simbolização, e não na acção imediata e directa, como no período sensorio-motor. Ao falar, ao

brincar ao faz de conta, ao desenhar, exerce a função simbólica, uma vez que vai representar uma coisa com outra, eventualmente diferente.

A escala escolhida para a avaliação da dor neste estadio é a escala das faces. Esta escala consiste em diferentes caras com expressões de diferente intensidade de contentamento ou tristeza. Pretende-se que a criança escolha a face com que mais se identifica.

A razão da escolha desta escala deve-se ao facto de que neste estágio a criança não tem noção da intensidade da dor, a criança não consegue graduar a dor.

Esta escala associa a cada face o número correspondente e o que significa qualitativamente podendo a criança fazer a autoavaliação da sua dor como preferir e de acordo como o seu nível de desenvolvimento.

BARROS (1999) refere que para a sua correcta utilização devem ser seguidas as orientações gerais já referidas e as orientações específicas, que se seguem:

- ❖ Explicar à criança o significado de cada rosto (utilizando a palavra que a criança utiliza, por exemplo: dói-dói)
- ❖ Apontar para cada rosto e dizer: “Este rosto/cara está...”
 - 0 – “Muito feliz porque não tem/sente dor”
 - 1 – “Dói apenas um pouquinho”
 - 2 – “Dói um pouco mais”
 - 3 – “Dói ainda mais”
 - 4 – “Dói muito mais”
 - 5 – “Dói mais do que tu podes imaginar, ainda que, tu não precisas de chorar para te sentires assim”
- ❖ Pedir à criança para escolher o rosto que melhor descreva a sua dor. Deve especificar o que desencadeia a dor (isto é o seu agente) e quando acontece (a nível temporal).

Esta escala é, no entanto, subjectiva porque carece da necessária avaliação do próprio, que devido à sua limitação pode ter em conta aspectos que não são relevantes.

- À criança com idade superior a 8 anos:

A Escala **Visual-Numérica**

Neste estadio a criança, já tem um pensamento lógico com a capacidade de fazer operações mentais. A criança já tem os seus raciocínios lógicos sendo estes reversíveis. Para além disso a criança já adquiriu a noção de dor por isso são utilizadas escalas que permitem identificar diferentes intensidades de dor.

Para esta faixa etária foi escolhida a *Escala Visual-Numérica* (McCaffery & Beebe, 1997).

Perante esta escala a criança terá uma linha recta com o comprimento de 10 cm, graduada de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação, onde poderá localizar espacialmente a intensidade da sua dor com uma marca.

Existem orientações específicas para a utilização da escala numérica:

- ❖ Explicar que 0 significa ausência de dor (devemos utilizar o termo que a criança usa para se referir à sua dor) e o 10 a pior dor possível;
- ❖ Para verificar a compreensão que a criança tem da escala, pedir à criança para apontar ou ler um número que signifique o seguinte:
 - Sem dor
 - A pior dor
 - Uma dor já experimentada
 - A dor sentida no momento (especificando qual a dor, se existir mais do que um local de dor)

A utilização desta escala pode depender da preferência da criança e da sua habilidade para contar.

- À criança não colaborante ou pós operatório imediato

A Escala **OPS** (*objective pain scale*)

A escala de OPS é uma escala comportamental, apresenta 5 categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal) cotadas cada uma de 0 a 2 pontos, perfazendo uma pontuação que varia entre num mínimo de 0 e num máximo de 10 pontos.

Nesta fase a criança ainda não consegue exprimir verbalmente a dor, nem consegue conceptualizar a dor como algo que pode ter diferentes intensidades, ou ser de vários tipos e, para além disso, ainda não desenvolve a noção que pode fazer algo para controlar a sua dor. Daí

existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, principalmente nesta faixa etária e no caso de crianças incapazes de comunicar verbalmente a sua dor.

Nestas circunstâncias a hetero-avaliação é o único método de avaliação possível. Pode ser realizada pelo enfermeiro, médico, pais ou outra pessoa através de escalas comportamentais ou compostas (itens comportamentais e modificações fisiológicas) ou ainda pela utilização de instrumentos de auto-avaliação (técnica rápida e de fácil aplicação, embora careça actualmente de validade).

Entre as inúmeras escalas de hetero-avaliação existentes, a *Objective Pain Scale (OPS)* é uma escala composta, muito popular pela sua simplicidade e facilidade de uso. Esta escala foi desenvolvida no Children's Medical Center em Washington para avaliar a dor pós-operatória imediata em crianças com idades entre os 18 meses e os 12 anos mas rapidamente o seu campo de aplicação se alargou para Unidades de Cuidados Intensivos onde tem sido largamente utilizada em ensaios terapêuticos. A idade para a qual está validada a sua aplicação foi sendo sucessivamente alargada podendo agora ser usada em qualquer idade.

A escala de OPS apresenta 5 categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal) cotadas cada uma de 0 a 2 pontos perfazendo uma pontuação que varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 10 pontos.

Para uma correcta aplicação desta escala deverão ser bem esclarecidas todas as suas categorias, assim sendo:

- A observação da criança deve durar o tempo considerado necessário para o enfermeiro, embora em média não leve de mais de cinco minutos;
- Poderão ser obtidas informações adicionais junto dos acompanhantes da criança;
- A avaliação da tensão arterial deve ser o último procedimento a realizar;
- O **indicador movimento** considera-se todo o deslocamento espacial do corpo e mede-se pela sua intensidade:
 - Ausente: a criança calma ou adormecida;
 - Inquieto: sem repouso, mudanças frequentes de posição, balançando, movimentos da cabeça, membros, pés ou mãos;
 - Intenso: movimentos desordenados, contínuos, com risco de lesão, esperneando ou movimentos convulsivos.
- O **indicador agitação** qualifica-se como sinónimo de excitação e mede-se pela sua intensidade:

- Adormecido ou calmo: criança calma ou adormecida, sem agitação, excitação ou irritação;
- Leve: criança com uma agitação leve a moderada, com reactividade aumentada, contraído, ligeira hipertonia, sobressalto ou ligeira irritabilidade;
- Histérico: agitação intensa e permanente, irritabilidade permanente, tremores, clonias, hipertonia marcada ou agressividade.
- **O indicador expressão corporal ou verbal** qualifica a descrição verbal da dor referida pela criança ou as manifestações corporais e comportamentais observadas:
 - Adormecido ou sem manifestar: criança acordada, calma, adormecida, relaxada ou sem adoptar posição antiálgica;
 - Dor leve (não consegue localizar): desconforto global, não localiza a zona dolorosa, mímica de dor pouco marcada ou intermitente, flexão dos membros;
 - Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando: localiza a dor para a zona dolorosa, protege a zona de dor, mímica dolorosa marcada ou permanente, adopta posição antiálgica, imobilidade.

Nota: não deverá ser utilizada esta escala em caso de crianças com menos de 1 mês de idade ou quando a situação clínica que não permita a utilização da escala de OPS, isto é, no caso de crianças deficientes motores, deficiência cerebral grave, perturbações da consciência, ou sob o efeito de curarizantes.

- À criança com limitações múltiplas:

A Escala de **San Salvador**

Existe uma escala própria para este fim, a Escala de *San Salvador*. É constituída por 10 itens (choro e/ou gritos; reacção de defesa simultânea ou não com o exame de uma zona supostamente dolorosa; mímica de dor; protecção das zonas dolorosas; gemidos ou choro silencioso; interesse pelo que o rodeia; intensificação das alterações do tónus; capacidade de interagir com o adulto; intensificação dos movimentos espontâneos; posição de defesa

espontânea), numerados de 0 a 4, numa obtenção total de 40 pontos. A partir de 6, é certa a existência de dor, pelo que é necessário tratá-la.

A pontuação é obtida retrospectivamente durante 8 horas e de acordo com o modelo seguinte:

- 0- Manifestações habituais;
- 1- Alteração duvidosa;
- 2- Alteração visível;
- 3- Alteração apreciável;
- 4- Alteração extrema.

No caso de se observarem variações durante este período, deve-se atender à intensidade máxima dos sinais; quando um item não for aplicado ao doente em causa, pontua-se como nível zero.

Esta escala exige informações prévias, ou seja, uma história de dor diferente, que deverá ser feita aos pais ou pessoa significativa.

4 - MANIFESTAÇÕES DE DOR NA CRIANÇA



A identificação da existência de dor na criança pode torna-se mais difícil dada a sua incapacidade ou dificuldade de expressar verbalmente o que sente. Deste modo, é fundamental conhecer e estar alerta para outras manifestações de dor na criança que variam inevitavelmente de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento.

Seguidamente serão apresentadas as manifestações mais comuns de dor consoante a faixa etária.

No **primeiro ano de vida** a criança não consegue verbalizar a dor pelo que a sua reacção vai ser traduzida por:

- Alterações de sinais vitais como tensão arterial, frequência cardíaca, e frequência respiratória;
- Postura anti algica;
- Irritabilidade/ agitação;
- Letargia/ agitação;
- Choros/ gemidos/ gritos;
- Recusa de jogo e participação lúdica;
- Agitação nocturna;
- Fácies característico de dor (encerrar os olhos, franzir as sobrancelhas, boca aberta, bochechas elevadas e nariz alargado e abaulado);
- Rubor/ palidez cutânea;
- Sudorese intensa;
- Recusa alimentar;
- Distúrbios do sono (pesadelos);
- Dificuldade em ser consolado.

As crianças com idades entre **1-7 anos**, segundo Piaget, relacionam a experiência de dor física com uma experiência concreta, sentem-na como um castigo e consideram que alguém é culpado, responsável pela dor.

As manifestações mais comuns são:

- Choro alto, gritos;
- Expressões verbais de “ai”, “ui”, “isto dói”;
- Agitação motora;

- Pede para que não seja feito o procedimento, tentando persuadir e negociar para que o procedimento seja efectuado mais tarde;
- Tenta empurrar o estímulo para longe antes que ele seja aplicado;
- Não colabora; precisa de contenção física;
- Solicita o fim do procedimento;
- Agarra-se aos pais e outra pessoa significativa;
- Solicita suporte emocional, como abraço e outras formas de conforto físico;
- Pode tornar-se inquieta e agitada com a dor contínua.

As crianças dos **7 aos 12 anos** apresentam já concepções físicas de dor (ex. dor de dentes), compreendem a dor psicológica e têm medo da lesão corporal.

Nesta idade as crianças já comunicam verbalmente com os técnicos no que diz respeito à localização, intensidade e tipo de dor, empregando uma ampla variedade de palavras e frases (“queima, é como espetar uma faca”).

Nesta idade podem observar-se as reacções descritas anteriormente e também:

- Comportamento de bloqueio: “espere”;
- Rigidez muscular;
- Punhos fechados;
- Dentes cerrados;
- Membros contraídos;
- Olhos fechados.

As crianças com **mais de 12 anos** compreendem já o mecanismo da dor, entendem que há diferentes tipos de dor e têm medo de perder o controlo face à dor.

Nesta idade, segundo Wong (1997), há menor protesto verbal e menor actividade motora, mas mais expressões verbais como “isto dói”.

5 - PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ACORDO COM O SEU ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO



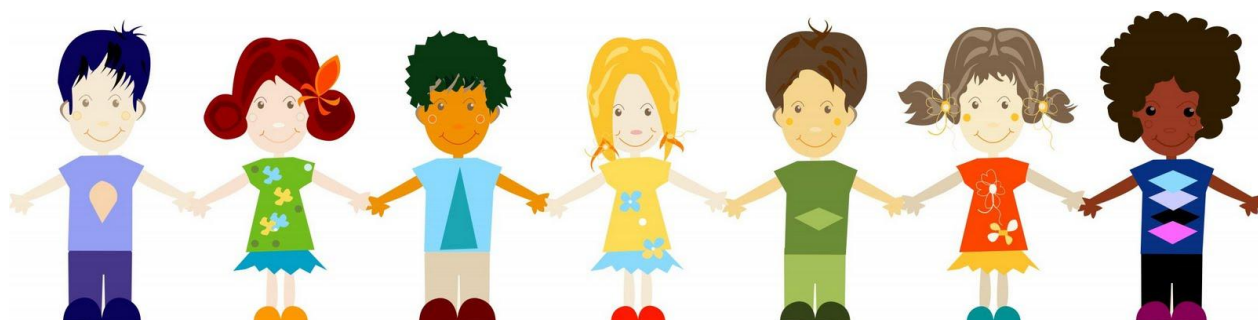
Actualmente, assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança; pois se por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir/reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas num serviço de urgência pediátrica.

Tende-se ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

Os objectivos para a preparação da criança para procedimentos invasivos são:

- Estabelecer uma relação de confiança com a criança;
- Ajudá-la a sentir-se segura no momento em que for submetida ao procedimento;
- Proporcionar-lhe recursos que facilitem a percepção e comunicação em relação à experiência;
- Diminuir o medo e ajudar a libertar a tensão antes, durante e após o procedimento;
- Substituir conceitos errados e fantasias, levando-a a entrar em contacto com a realidade;
- Dar apoio que lhe permita expressar, de forma segura e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da situação;
- Ajudar a criança e os seus pais a sentirem que são considerados pelo profissional;
- Fornecer meios para que a experiência seja menos traumática possível ou até se transforme em uma experiência construtiva, isto é, de crescimento para a criança e seus pais. (Almeida F. & Sabatés A,2008)

**6 – ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO E CONTROLO
DA
DOR NA CRIANÇA**



GUINSBURG e outros, (1994) referidos por GAÍVA e DIAS (2002) referem que o tratamento da dor se deve iniciar pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica.

Por estratégias não farmacológicas, entendemos intervenções autónomas do enfermeiro com a criança e família que visam diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção da dor. Devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Estimular a presença dos pais e o seu envolvimento na prestação de cuidados visto que a figura de vinculação será capaz de proporcionar “segurança” quando a criança se sentir ameaçada.

A obrigatoriedade do controle e avaliação da dor a todos os utentes internados, segundo circular normativa nº9 de 14/06 de 2003 da DGS, conjuntamente com a implementação de projectos de melhoria contínua resultante de protocolo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS. A utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor por vezes é suficiente, não sendo assim necessária uma intervenção farmacológica.

De seguida serão apresentadas as estratégias não farmacológicas adaptadas à pediatria, que se podem dividir em dois grupos: estratégias gerais e específicas

(Hockenberry,M&Winkelstein,W,2006)

6.1. Estratégias Gerais

6.1.1 - Ambiente

- ✓ Proporcionar um ambiente acolhedor, estruturado
- ✓ Mostrar interesse pelos relatos de dor, quer da criança/jovem, quer da família;
- ✓ Orientar a criança a respeito da dor especialmente quando a explicação puder diminuir a ansiedade;

6.1.2 - Relação de confiança

- ✓ Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- ✓ Permanecer com a criança durante o procedimento doloroso;
- ✓ Encorajar os pais a permanecerem com a criança durante o procedimento, sempre visíveis para ela;

6.2. Estratégias Comportamentais

6.2.1 - Relaxamento

Lactente e até aos 3 anos

- Pegar ao colo de forma confortável e acolhedora;
- Embalar de forma ritmada e não sacudida;
- Repetir palavras suaves e agradáveis, mas poucas ou com som semelhante;

Criança > 3 anos

- Pedir para a criança respirar profundamente, relaxar o corpo completamente enquanto expira, depois deve bocejar;
- Ajudá-la ou colocá-la numa posição confortável;
- Iniciar técnica de relaxamento: relaxar progressivamente cada parte do corpo, vai pensando nas zonas do corpo para ficarem completamente moles;
- Se a criança preferir pode manter os olhos abertos.

6.2.2 -Estratégias de reforço/valorização das atitudes de controle e colaboração

Contrato comportamental

- ✓ Desde a Idade Escolar;
- ✓ Definir um comportamento de colaboração activa e de controlo moderado;
- ✓ Definir regalias a que ganha direito (emblemas, diplomas de “bom comportamento”);
- ✓ Dar a criança que não colabora ou que adia, um tempo limitado para completar o procedimento;
- ✓ Prosseguir com o procedimento, perante a incapacidade de cooperação, se for caso disso;
- ✓ Reforçar a cooperação com uma recompensa, se o procedimento é realizado dentro do tempo previsto;

6.3. Estratégias Sensoriais

6.3.1 – Posicionamento

- ✓ Favorece o relaxamento do corpo, alivia o desconforto.

6.3.2 - Utilização de meios físicos

Calor – Vasodilatação; aumenta o fluxo sanguíneo e diminui a tensão muscular; reduz a rigidez muscular; diminui os movimentos peristálticos

Frio – Vasoconstrição; diminui o espasmo muscular e o edema; inactiva a resposta muscular ou estímulo doloroso; destrói a actividade enzimática; aumenta os movimentos peristálticos;

6.3.3 - Técnicas de estimulação cutânea

- Toque terapêutico

- ✓ Actua a nível da pele.
- ✓ Permite o fluir das emoções, tornando o corpo mais receptivo às sensações agradáveis.
- ✓ Consiste num toque parado da palma das mãos, que trabalham em simultâneo e em paralelo.
- ✓ Os dedos apontam para a cabeça da criança, tocar durante 3 a 4 respirações. Nas articulações, envolver o mais possível, “mãos em concha.
- ✓ Esta técnica acalma e proporciona segurança a criança.

➤ Massagem

- ✓ Actua a nível da pele e dos músculos. A tensão muscular flui para fora do corpo, proporcionando calma e bem-estar. Proporciona assim o relaxamento físico e mental, promove o alívio da dor e o desenvolvimento afectivo e cognitivo e favorece o sistema imunitário;
- ✓ Consiste em fazer uma massagem simples e rítmica;
- ✓ Proporciona bem-estar, diminui a dor, privilegia uma relação entre a criança e o cuidador;
- ✓ Deve ser realizada apenas se a criança o desejar, e com o acordo dos pais;
- ✓ É importante que sejam explicados os benefícios e encorajar os pais a fazê-lo;
- ✓ Devemos certificar-nos que não estamos a provocar mais dor;
- ✓ Se a criança, assim o desejar, deve-se aplicar a massagem noutra local, por vezes eles desejam manter o contacto físico;

6.4. Estratégias Cognitivas

6.4.1 – Distracção

- Envolver os pais e criança numa forma de distração;
- Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nós dizermos; soprar ou outro exercício que favoreça a respiração rítmica;
- Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

Dentro da distração existem as seguintes técnicas:

❖ Brincar

- ✓ Permite entrar no mundo dos adultos e treinar os seus comportamentos;
- ✓ Facilita a expressão e a projecção de emoções e sentimentos;
- ✓ A criança experimenta um momento de independência e de autonomia.

❖ Modelagem

- ✓ Utiliza-se a partir dos 3-4 anos
- ✓ É uma técnica que utiliza um modelo (boneco) que demonstra como a criança pode controlar o medo e a ansiedade, ou como os pais podem ajudar o filho a fazê-lo.

❖ Jogo

- ✓ Utiliza-se em crianças e adolescentes
- ✓ Permite a transformação de um acontecimento traumático numa experiência aceitável e integrada na sua história de vida (Ex: Jogo do “faz de conta”; “puzzles”, “quebra-cabeças”; “quebra-gelo”; “jogo dos espelhos”).

❖ Musicoterapia

“Com a musicoterapia, os enfermeiros podem ajudar os clientes a melhorar o modo como se sentem. Combinada com relaxamento, meditação ou visualização, a música pode permitir a pessoa reatar

contacto consigo mesma e aumentar o limiar de tolerância à dor e a outros sintomas desconfortáveis”

Dallaire e Gauthier (1993)

- ✓ Proporcionar a escolha da música preferida;
- ✓ Transmite a sensação de bem-estar;
- ✓ Alivia a tensão emocional e muscular;
- ✓ Faz reviver emoções e prazeres;
- ✓ Canção de embalar – Corresponde ao andamento do batimento cardíaco humano;
- ✓ Tocar tambor para crianças – imita o batimento do coração
- ✓ Música para relaxar – ajuda a diminuir a ansiedade que antecede uma cirurgia ou procedimento doloroso
- ✓ Tem efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro e ajuda a exprimir emoções

❖ Imagem Guiada

- ✓ Utiliza-se em crianças e adolescentes;
- ✓ Imagens mentais positivas fazem baixar os níveis de tensão muscular (Jacobson 1983, McGuigan 1971)
- ✓ Pedir para identificar alguma experiência real ou imaginária, muito agradável e fazer com que a criança conte essa história.
- ✓ Tentar que contemple o máximo de detalhes possível e sensações agradáveis;
- ✓ Durante o procedimento, a criança deve focalizar-se na história, devemos guiá-la, ajudando-a em determinados pormenores.

❖ Auto-Instrução

- ✓ Concentrar-se em factores positivos do procedimento (ex: a seguir não vou apanhar doenças)
- ✓ Referir informações positivas, se focalizar-se noutra situação diminui a dor;

- ✓ Concentrar os factores positivos em afirmações curtas e referi-las, (vou estar sossegado, vão conseguir à primeira, vai doer pouco, estou quase despachado);
- ✓ Deve referir as frases anteriores sempre que tiver uma experiência semelhante;

❖ Pensamento Positivo

- ✓ Instruir a criança para que esta se concentre em algo bom, (ex: isto vai ser para eu não apanhar doenças; isto é rápido; eu consigo controlar-me, sou capaz”);
- ✓ Ensinar declarações positivas para dizer quando estiver com dor; (“ Respira, relaxa, dói menos”).

6.5 - Organização do procedimento:

- Proporcionar ambiente calmo e com privacidade;
- Escolher a estratégia mais adequada à criança e ao procedimento que vai ser realizado;
- Quando possível, explicar numa linguagem adequada o objectivo do procedimento à criança/pais e pedir a sua colaboração;
- Envolver os pais e criança;
- Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nos dizermos; soprar ou outro exercício que favoreça o procedimento;
- Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

Efectuar o registo na folha de registo da dor existente no Serviço de Pediatria. Na Urgência Pediátrica, efectuar o registo no ALERT, nos diários de enfermagem, cujos itens obrigatórios são os seguintes:

- Hora;
- Motivo da necessidade de aplicação de uma técnica não farmacológica;
- Estratégia não farmacológica de controlo da dor utilizada;
- Factores atenuantes e exacerbante

7- NORMAS:

- **AVALIAÇÃO DA DOR**
- **ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR**

8- REFERÊNCIAS

1. AGRELO, Ana; NEVES, Isabel et al – **Criança Operada – Criança sem dor** – [consultado a 20 de Maio de 2010]. Disponível na Internet: www.terravista.pt/enseada/7531/revista3_artigo.html
2. ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 4ª ed. Braga: Psiquilibrium edições, 2007. ISBN 978-972-97388-5-2
3. ANJOS, Lila Melo – **Cuidar é Amar** – *Servir*. Lisboa. Julho/Agosto 1998, vol.46, nº4. p.171-180.
4. BATALHA, Luís Manuel Cunha – **A criança com dor e sua família: Saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos**. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871/2370.Vol.49. Nº5 (2001), p.213 – 223.
5. BATALHA, Luís; SANTOS, Luís Almeida; Guimarães, Hercília – **Dor em Cuidados intensivos neonatais**. *Acta Pediátrica*. nº38, 2007, p.144-151
6. BURR, Sue – **A dor na infância**. *Nursing*. Lisboa. Nº10 (1988), p.41 – 45
7. CARBAJAL, Ricardo e outros – **Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial**. Medical publication of the year. 4 de Janeiro de 2003. [20/05/2010]. Acessível em <http://www.bjm.com/cgi/content/full/326/7379/13>
8. DIAMOND, A. W.; CONIAM, S. W. – **Controlo da dor**. Trad. Pedro Mendonça. 1ª ed. Lisboa: Clempsi editores, 1997. ISBN 972-97250-6-3
9. DÍAZ-GOMEZ, N. M., ABAD, F, e DOMENECH, E. – **Tratamiento del dolor en el recién nacido**, *Relan*, n. 1999 1(2);P. 86-93.[10/07/2008]. Acessível em : <http://www.se-neonatal/relan/74-79.pdf>
10. DINERSTEIN, Alejandro; BRUNDI, Mónica – **El dolor en el recién nacido prematuro**. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. nº17 (1998), p. 97-192
11. FERNANDES, Ananda – **Crianças com dor – o quotidiano do trabalho com crianças** – Coimbra: Quarteto Editores. ISBN 972-8535-49
12. FERNANDÉZ, Ibarra e outros – **Escala de valoración del dolor en neonatología**. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. Vol.4, nº1 (2004), p. 2-7
13. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; Dias, Naudia da Silva – **Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário**, acessível em <http://www.abensp.org.br/repem/v21n3/artigo4.pdf>, (12.05.2010).

14. GASPARDO, Cláudia Maria; LINHARES, Maria Beatriz M.; Martinez, Franvisco E. – **A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura.** Jornal de Pediatria. Vol. 81, nº6 (Novembro /Dezembro 2005), [23/07/2008], acessível em <http://www.scielo.br>
15. GASPARDO, Cláudia Maria – **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose** – dissertação de mestrado. São Paulo: 2006.
16. GUINSBURG, Ruth – **A Linguagem da Dor no Recém – Nascido**, [17/07/2008]. Acessível em: <[http:// www.sbp.com.br/show-item.cfm?id](http://www.sbp.com.br/show-item.cfm?id)>, (20.08.2008).
17. IAC – Carta da criança hospitalizada in Legislação – Criança, Adolescente e Saúde: Legislação. Lisboa: IAC, 2002. ISBN 972-8003-18-8.
18. LEITE, Adriana Moraes – **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho.** Biblioteca Digitais de Teses e Dissertações da USP. São Paulo, 15/08/2005. [19/05/2010] acessível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>
19. LEITE, Adriana Moraes; CASTRAL, Thaila Corrêa; SCOCHI, Carmen Gracinad Silvan – **Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?.** Revista Brasileira de Enfermagem. Nº59 (Julho-Agosto de 2006) p.538-542 [23/07/2008]. Acessível em www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf
20. MAGDALENO, Sílvia Raquel Milman – Dor no RN. In MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renatos et al – **Neonatologia Princípios e Prática.** Porto Alegre. 2ª ed. Artes Médicas, 1997, p.129 – 134. ISBN 85-7307-242-3.
21. MARGOTTO, Paulo R.; ROGRIGUES, Débora N. – **Dor Neonatal: Analgesia/Sedação.** Capítulo do livro Assistência ao recém-nascido de risco, Editado por Paulo R. Margotto, 2ª ed., 2004, [19/10/2010]. Acessível em <http://www.Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc>
22. METZGER, Christiane e outros – **Cuidados de Enfermagem e Dor: avaliação da dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente.** Trad. Maria Manuela Martins. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0
23. NORONHA, Nelsimar Silva de, - **Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul** consultado em www.paulomargotto.com.br

24. PINHEIRO, Ana Cristina N. M. e BRAVO, Marias T. F. P. – **Aplicação de Escalas para Avaliação da Dor no Recém-Nascido.** Rev. Portuguesa de Enfermagem, Amadora: ISSN 0873-1586, n.º 10, Abril/Maio/Junho, 2007, pp. 41-48;
25. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Circular normativa n.º 09/DGCG.** 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acessível em: <http://www.dgsaude.pt>
26. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Circular normativa n.º 11/DSCS/DPCD.** 18/10/2010. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acessível em: <http://www.dgsaude.pt>
27. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010.** Fevereiro 2004. Acessível em: <http://www.dgsaude.pt>
28. PORTUGAL. Direcção geral de saúde. **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: D.G.S, 2001. ISBN 972 – 9425 – 95 – 7.
29. ROCHA, Gustavo e outros – **Analgesia e Sedação.** In SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra, 2004, p.45 – 51. ISBN 972 – 99417 – 0 – X.
30. SHAH, PS; ALIWALAS, LL; SHAH, V – **Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates.** Canada: 2004, data de actualização 2006. [19/05/2010]. Acessível <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/shahprak/shahprak.htm>
31. SANTOS, Leonor – **A dor na criança: Atendimento de crianças e Jovens nos Centros de saúde.** Boletim de Instituto de Apoio à criança, n.º83, separata n.º21 Janeiro/Março 2007,
32. UNICEF <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/>
33. VILARINHO, Laura e outros – **Diagnóstico Precoce: Resultados Preliminares do rastreio metabólico alargado.** Acta Pediátrica Portuguesa. n.º 37, 2006, p 186-191
34. WONG, Donna - **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva.** 5ª ed.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
35. ZORZETTO, Ricardo – **A face inocente da dor** – Jornal da Paulista. Janeiro 2000, ano 13, n.º139.

ANEXO XI

Formação em Serviço/Serviço de Urgência Pediátrica - Implementação da Avaliação Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica

Formação de Divulgação

TEMA:

“Implementação da Avaliação da Dor na Urgência Pediátrica”



DATA : 25 de Novembro de 2010 as 14h30, no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

PRELECTORA: Andreia Mota (Aluna da Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria)

Plano de Sessão

Implementação da Avaliação Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica



Formadora: Andreia Mota

“Centro Hospitalar de Torres Vedras - Serviço de Pediatria”

Plano de Sessão

Formador: Andreia Mota

Tema: Implementação da Avaliação da Dor na Urgência Pediátrica

Destinatários: Enfermeiros

Sessão nº: 1

Duração da Sessão: 20 minutos

Data: 25 Novembro 2010

Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
- Sensibilizar para a importância da implementação da avaliação da dor na Urgência Pediátrica e da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor.	- Importância da implementação da avaliação da dor; - Definição das estratégias não farmacológicas de alívio da dor; - Projecto desenvolvido na Urgência Pediátrica do CHTV	Expositiva/ Demonstrativa/ Activa	- Exposição oral dos conteúdos; -Esclarecimento de dúvidas.	Videoprojector/ Portátil	- 4 Minutos - 6 Minutos - 10 Minutos	Preenchimento de um questionário sobre a avaliação da sessão

Formadora: Andreia Mota

“Estratégias de Alívio da Dor na Criança”



Implementação da Avaliação Sistemática da Dor na Urgência Pediátrica

Elaborado por: Andreia Miranda Mota
Estudante da EESIP – Universidade Católica Portuguesa.
Orientado por: Enf^a ESIP Lília Alves
Orientador pedagógico: Professora Elizabete Nunes



Objectivo Geral

- ◆ Sensibilizar para a importância da implementação da avaliação da dor e da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na urgência pediátrica.



Objectivos Específicos

- ◆ Incentivar os Enfermeiros do Serviço de Pediatria do CHTV a iniciar o registo da dor na Urgência Pediátrica;
- ◆ Incentivar os Enfermeiros do Serviço de Pediatria do CHTV a utilizarem estratégias não farmacológicas de alívio da dor na Urgência Pediátrica;
- ◆ Reflectir sobre a importância da intervenção do enfermeiro na prevenção da dor na criança;
- ◆ Promover competências na equipa de enfermagem sobre a prevenção da dor na criança;
- ◆ Divulgação da norma para o manual operativo de enfermagem.



Projecto de Estágio TEMÁTICA

Estratégias de Alívio da Dor em
Saúde Infantil e Pediatria



Projecto de Estágio CHTV - Urgência Pediátrica

- Implementação da avaliação sistémica da dor na Urgência Pediátrica do CHTV;
- Manual de consulta para a equipa de enfermagem acerca da implementação da avaliação da dor na Urgência Pediátrica e das Estratégias não farmacológicas de Redução e Alívio da Dor na Criança;
- Manual Operativo de Enfermagem - Intervenção Não Farmacológica para o Controle da Dor.



Valorização da Dor em Portugal

1999 - (DGS) - Grupo de Trabalho para a Dor

2001 - (PNLCD) - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

2003 - (DGS) - Dor 5º Sinal Vital

2008 - (Circular Normativa DGS) - Preocupação em Termos Formais acerca desta temática



DOR

Efeitos Negativos da Dor na Criança

- Interferência na relação da criança com o outro, nomeadamente com os pais;
- Reacção de stress do organismo (aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, dificuldade respiratória) ;
- Desinteresse pelo meio que a rodeia;
- Medo, ansiedade e depressão, que por sua vez potenciam a dor;
- Alteração da alimentação e do sono.
- Atraso na recuperação física;



DOR

Centro Hospitalar de Torres Vedras



A **avaliação sistemática da dor** foi iniciada a 12 de Fevereiro de 2007 no CHTV, mas sem incluir entre outros serviços a urgência pediátrica.



O projecto visa então alargar a avaliação para a

Urgência Pediátrica



DOR

Centro Hospitalar de Torres Vedras

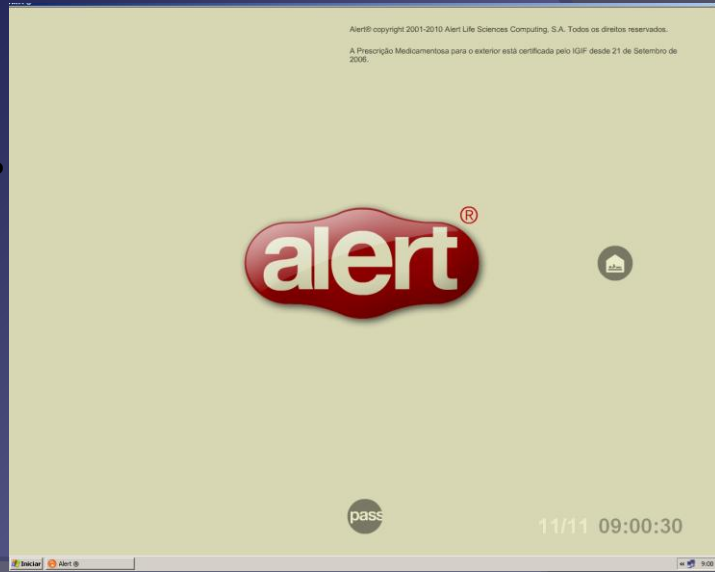


Registo da Avaliação da Dor na Urgência Pediátrica:

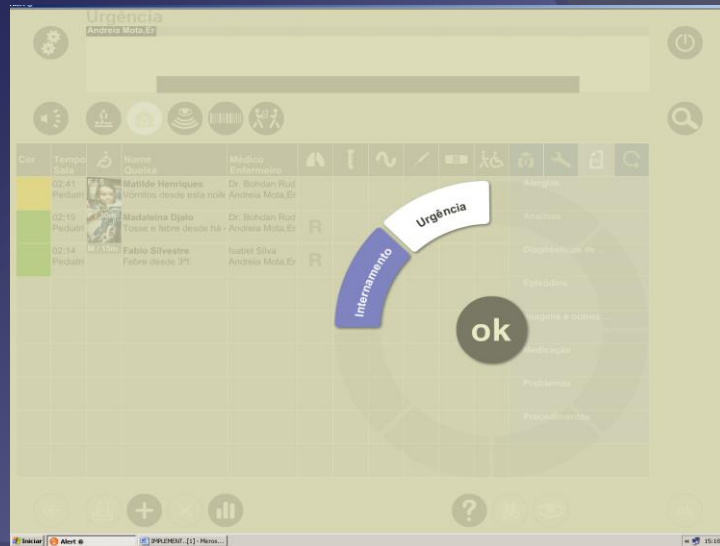
- ✦ Registrar a todas as crianças que permanecem em observação e/ou aos nossos cuidados na Urgência Pediátrica;
- ✦ Avaliar a dor e registar no ALERT em Diário de Enfermagem;
- ✦ Registrar a avaliação da dor e a escala utilizada;
- ✦ Registrar se necessária a estratégia de alívio da dor utilizada, em diário de enfermagem.



Registo no ALERT



Registo no ALERT





Registo no ALERT

Internamento
Andrea Mota, ER

Alergias
Análises
Diagnósticos de ...
Episódios
Imagens e outros ...
Medicação
Problemas
Procedimentos



Registo no ALERT

Internamento

8 Epis. anteriores

Andrea Mota, ER
13 ...

Andrea Filipa Malaquias Gomes (394105746 - Serviço Nacional Saúde) SO Pediatria

Nazare Bastos Reis Almeida (Pediatria) | Andreia Miranda Germano da Costa Mota
 Nº Processada 97206366 | Episódio 10076906 | Serviço SO Pediatria | Localização SO PED | Admissão 11-Nov-2010 | Data de ato

Resumo de enfermagem
Diário

Processo de enfermagem
sem outras queixas veio a urg há 2 dias-- medicada com primperan-- ontem não vomitou hoje reinicia vomitou 3x-ultimo há 3 horas-- raliado de sangue refere tonituras

Ensiño
sem outras queixas OBS--epitética, "prostrada" mucosas coradas e hidratadas

Pensos
Diário de Enfermagem

Alocação de cama ao paciente
Diário de enfermagem

Instrumentos de avaliação
Novo registo no Diário de enfermagem

Posicionamentos
A Andreia deu entrada cerca das 15h por apreventar vomitos a 4 dias. A entrada corada e hidratada. Apretica e euspetica.

Registos hidricos
Avaliada dor - Dor 0 - Escala numerica. Foi canalizado acesso venoso onde perfunde soro a 1/2 a 80 ml/h. Foi colhiado sangue para analises. Fica em dieta zero. Fica na companhia da mãe.

Análises
Hemograma e Hemograma e (08-Ago-2009 23:54 h) 19

Diagnósticos de ...

Episódios
Urgência (11-Nov-2010 14:19 h) 8

Imagens e outros ...
Dedos Da Mao Direita (09-Dez-2008 17:47 h) 5

Medicação
Glucose + Cloreto de sódio (11-Nov-2010 15:20 h) 10

Problemas e
Vomitos persistentes 6

Procedimentos
Outras técnicas terapêuticas 1



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

DEFINIÇÃO:

GUINSBURG e outros, (1994) referidos por GAÍVA e DIAS (2002) referem que o tratamento da dor se deve iniciar pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica.

Por estratégias não farmacológicas, entendemos intervenções autônomas do enfermeiro com a criança e família que visam diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção da dor. Devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

DEFINIÇÃO (CONT):

Estimular a presença dos pais e o seu envolvimento na prestação de cuidados visto que a figura de vinculação será capaz de proporcionar "segurança" quando a criança se sentir ameaçada. (Hockenberry, M&Winkelstein, W, 2006)

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

OBJECTIVOS:

- Prevenir, aliviar e controlar a dor, provocada por procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas no serviço de pediatria;
- Proporcionar um ambiente acolhedor e estruturado, contribuindo assim para o conforto e bem-estar da criança e sua família;
- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- Melhorar a qualidade de vida da criança, contribuindo para a humanização das unidades prestadoras de cuidados.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Profissionais - Enfermeiros
- Serviços - Internamento, Urgência Pediátrica e UCERN (unidade de cuidados especiais ao recém nascido)

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

DESCRIÇÃO:

A obrigatoriedade do controle e avaliação da dor a todos os utentes internados, segundo circular normativa nº9 de 14/06 de 2003 da DGS, conjuntamente com a implementação de projectos de melhoria contínua resultante de protocolo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS.

A utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor por vezes é suficiente, não sendo assim necessária uma intervenção farmacológica.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

♦ Equipamento e material necessários:

- Proporcionar um ambiente humanizado, que proporcione conforto e bem estar a criança;
- Recurso a brinquedos/ material necessário adequados a idade da criança.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

GERAIS

♦ Ambiente

- Proporcionar um ambiente acolhedor e estruturado;
- Mostrar interesse pelos relatos de dor, quer da criança/jovem, quer da família;
- Orientar a criança a respeito da dor especialmente quando a explicação puder diminuir a ansiedade;

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

♦ Relação de Confiança

- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- Permanecer com a criança durante o procedimento doloroso;
- Encorajar os pais a permanecerem com a criança durante o procedimento, sempre visíveis para a criança;

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COMPORTAMENTAIS

- Relaxamento
- Estratégias de reforço/valorização das atitudes de controle e colaboração:
 - Contrato comportamental (ex: emblemas, diplomas)

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

SENSORIAIS

- Posicionamento
- Utilização de meios físicos (Calor / Frio)
- Técnicas de estimulação cutânea
 - Toque terapêutico
 - Massagem

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

◆ Distração

Envolver os pais e criança numa forma de distração;
Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;

Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nós dizermos;

Soprar ou outro exercício que favoreça a respiração rítmica;

Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

◆ Distração

- Brincar
- Modelagem
- Jogo
- Musicoterapia
- Imagem Guiada
- Auto-Instrução
- Pensamento Positivo

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

♦ Distração

> Brincar

- Permite entrar no mundo dos adultos e treinar os seus comportamentos;
- Facilita a expressão e a projecção de emoções e sentimentos;
- A criança experimenta um momento de independência e de autonomia.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

♦ Distração

> Modelagem

- Utiliza-se a partir dos 3-4 anos
- É uma técnica que utiliza um modelo (boneco) que demonstra como a criança pode controlar o medo e a ansiedade, ou como os pais podem ajudar o filho a fazê-lo.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

• Distração

> Jogo

- Utiliza-se em crianças e adolescentes
- Permite a transformação de um acontecimento traumático numa experiência aceitável e integrada na sua história de vida (Ex: Jogo do "faz de conta"; "puzzles", "quebra-cabeças"; "quebra-gelo"; "jogo dos espelhos").

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

• Distração

> Musicoterapia

- Proporcionar a escolha da música preferida;
- Transmite a sensação de bem-estar;
- Alivia a tensão emocional e muscular;
- Música para relaxar - ajuda a diminuir a ansiedade que antecede uma cirurgia ou procedimentos dolorosos;
- Tem efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro e ajuda a exprimir emoções.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

♦ Distração

> Imagem Guiada

- Utiliza-se em crianças e adolescentes;
- Imagens mentais positivas fazem baixar os níveis de tensão muscular (Jacobson 1983, McGuigan 1971);
- Pedir para identificar alguma experiência real ou imaginária, muito agradável e fazer com que a criança conte essa história.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

♦ Distração

> Auto-Instrução

- Concentrar-se em factores positivos do procedimento (a seguir não vou apanhar doenças)
- Referir informações positivas, se focalizar-se noutra situação diminui a dor;
- Concentrar os factores positivos em afirmações curtas e referi-las, (vou estar sossegado, vão conseguir à primeira, vai doer pouco, estou quase despachado);

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

COGNITIVAS

↳ Distração

↳ Pensamento Positivo

· Instruir a criança para que esta se concentre em algo bom, (ex: isto vai ser para eu não apanhar doenças; isto é rápido; eu consigo controlar-me, sou capaz”);

· Ensinar declarações positivas para dizer quando estiver com dor; (“Respira, relaxa, dói menos”).



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

Organização do procedimento:

- Proporcionar ambiente calmo e com privacidade;
- Escolher a estratégia mais adequada a criança e ao procedimento que vai ser realizado;
- Quando possível, explicar numa linguagem adequada o objectivo do procedimento à criança/pais e pedir a sua colaboração;
- Envolver os pais e criança.



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

Organização do procedimento (Cont):

- Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nos dizermos; soprar ou outro exercício que favoreça o procedimento;
- Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



Intervenção Não Farmacológica no Controle da Dor - MOE

REGISTOS:

- Efectuar o registo na folha de registo da dor existente no Serviço de Pediatria.
- Na Urgência Pediátrica, efectuar o registo no ALERT, nos diários de enfermagem, cujos itens obrigatórios são os seguintes:
 - Hora;
 - Motivo da necessidade de aplicação de uma técnica não farmacológica;
 - Estratégia não farmacológica de controlo da dor utilizada;
 - Factores atenuantes e exacerbantes.

Manual Operativo de Enfermagem do Serviço de Pediatria



CONCLUSÃO

- ♦ É de extrema importância a avaliação e registo da dor no programa ALERT, o que vai proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ♦ Uma avaliação apropriada ao nível da enfermagem deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar;
- ♦ A utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor por vezes é suficiente, não sendo assim necessária uma intervenção farmacológica.



Bibliografia

- Instituto de Apoio à Criança. (1997). A criança e os serviços de saúde - Humanizar o atendimento (1ª ed.) Lisboa: Ponto grande. ISBN972-8003-07-2-0
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). A Dor na Criança - Guia de atitudes e procedimentos (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN972-8003-25-0
- Instituto de Apoio à Criança - Sector de Humanização dos serviços de Atendimento à Criança. (2006). A Dor na Criança - Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN978-972-8003-26-5



Bibliografia

- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lisboa: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Whaley, L. & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva (2ª Ed.)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Avaliação da Sessão de Formação

"Implementação da avaliação sistémica da dor na Urgência Pediátrica"

Data: 25 de Novembro de 2010

1. Como avalia os temas debatidos/apresentados na sessão?

Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

2. Como avalia a apresentação realizada?

Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas?

4. Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito adequado _____

Adequado _____

Pouco adequado _____

Nada adequado _____

5. Sugestões e/ou comentários que considere relevantes?

Avaliação da Sessão **“Implementação da Avaliação da Dor na Urgência Pediátrica”**

Urgência Pediátrica

(CHTV)

Fundamentação Teórica da Sessão:

As crianças exibem um grande sofrimento quando submetidas a procedimentos invasivos na Urgência Pediátrica que se traduzem em alterações de comportamento e desenvolvimento.

Enquanto profissionais de saúde, desempenhamos um papel fundamental e temos de ser eficaz, ter em conta a idade da criança, o seu grau de desenvolvimento, os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e possíveis.

A determinação do nível de dor que uma pessoa está a experimentar é um grande desafio já que a dor é, antes de tudo, subjectiva variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais, e em particular na criança a avaliação da dor depende da relação entre a idade, desenvolvimento neurológico, do ambiente psicossocial e da natureza da acção.

Uma avaliação apropriada ao nível da enfermagem deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar. Esta mesma avaliação precisa das intervenções de enfermagem, podendo até sugerir alterações nestas intervenções.

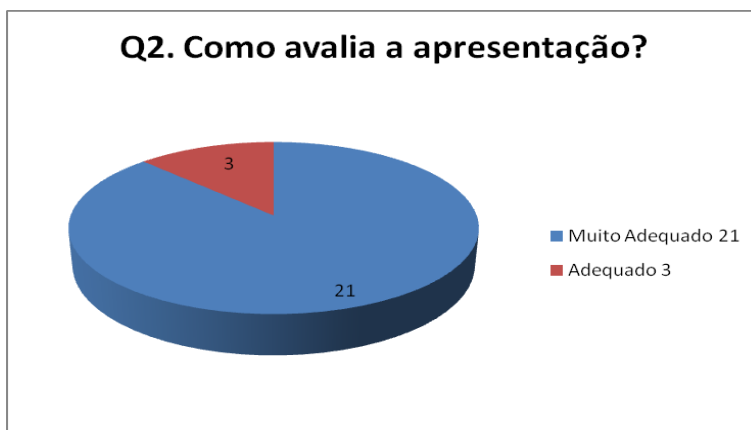
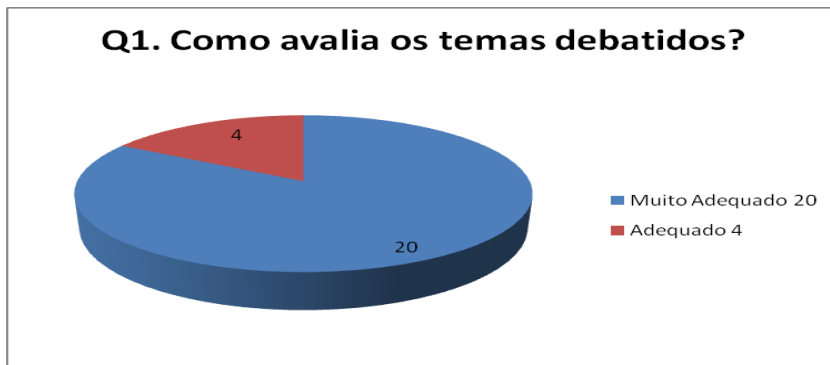
De forma a divulgar o meu projecto de estágio, realizei uma acção de formação no serviço de Pediatria do CHTV, intitulada por “Implementação da Avaliação da Dor na Urgência Pediátrica”, onde apresentei as escalas disponíveis na urgência pediátrica para avaliação da dor, a forma como deve ficar registado no programa informático ALERT e o conjunto de estratégias que visam a prevenção/redução da dor na criança submetida a procedimentos dolorosos, nomeadamente, durante a sua prevalência na urgência pediátrica/UICD. Apresentei à equipa a norma que elaborei para o manual operativo de enfermagem acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor na Urgência Pediátrica;

A acção de formação programada foi concretizada no dia 25 de Novembro de 2010, no Serviço de Pediatria.

Esta formação desenvolveu-se durante 30 minutos e teve com objectivo geral “Contei com a presença de 28 formandos, sendo a totalidade 22 enfermeiros do serviço, 3 estagiários de enfermagem, 1 assistente social e 3 médicos.

No final da formação foi distribuído um questionário de avaliação da mesma, constituído por cinco questões. No total obtive 24 questionários preenchidos. Passo a apresentar os resultados.

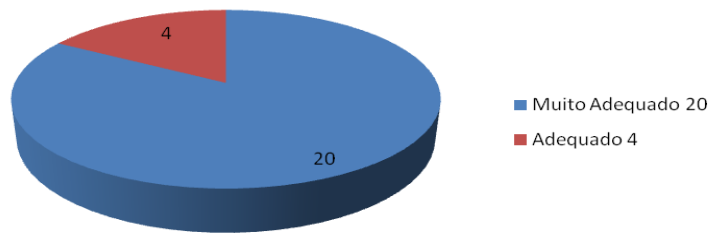
Análise e resultados da Sessão:



Q3. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

21 Respostas	“Adquirir conhecimentos” “Utilizar como prática de enfermagem” “Melhorar a prestação de cuidados” “Por em prática as estratégias não farmacológicas” “Iniciar a avaliação da dor na urgência pediátrica”
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Q4. Como avalia a sessão de acordo com as suas experiências?



Q5. Sugestões e/ou comentários relevantes.

18 Resposta	“É muito importante, visto mostrar aos profissionais novas e melhores técnicas”
-------------	---------------------------------------------------------------------------------

Conclusão da Sessão:

Com a execução desta formação, julgo ter dado um contributo para a sensibilização dos profissionais para a avaliação da dor na Urgência Pediátrica e a preparação da criança para procedimentos invasivos.

ANEXO XII
Manual Operativo de Enfermagem – Norma das Estratégias Não Farmacológicas
de Controlo da Dor

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

1. DEFINIÇÃO:

GUINSBURG e outros, (1994) referidos por GAÍVA e DIAS (2002) referem que o tratamento da dor se deve iniciar pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica.

Por estratégias não farmacológicas, entendemos intervenções autónomas do enfermeiro com a criança e família que visam diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção da dor. Devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Estimular a presença dos pais e o seu envolvimento na prestação de cuidados visto que a figura de vinculação será capaz de proporcionar “segurança” quando a criança se sentir ameaçada. (Hockenberry, M & Winkelstein, W, 2006)

2. OBJECTIVOS:

- Prevenir, aliviar e controlar a dor, provocada pelos procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas no serviço de pediatria;
- Proporcionar um ambiente acolhedor e estruturado, contribuindo assim para o conforto e bem-estar da criança e sua família;
- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- Melhorar a qualidade de vida da criança, contribuindo para a humanização das unidades prestadoras de cuidados.

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

Entidades	
Profissionais	Enfermeiros
Serviços	Internamento, urgência pediátrica e UCERN (unidade de cuidados especiais ao recém nascido)

4. DESCRIÇÃO:

A obrigatoriedade do controlo e avaliação da dor a todos os utentes internados, segundo circular normativa nº9 de 14/06 de 2003 da DGS, conjuntamente com a implementação de projectos de melhoria contínua resultante de protocolo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS. A utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor por vezes é suficiente, não sendo assim necessária uma intervenção farmacológica.

Documento Interno

4.1. Equipamento e material necessários:

- Proporcionar um ambiente humanizado, que proporcione conforto e bem estar à criança;
- Recurso a brinquedos/ material necessário adequados à idade da criança.

4.2. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor

4.2.1. Estratégias Gerais

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

 <p>Centro Hospitalar de Torres Vedras</p>	MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA	Página 3 / 11	
		Código:	
Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor	Edição: 01	Data: 00/00/00	
	Revisão: 00	Data: 00/00/00	

4.2.1.1 – Ambiente

- ✓ Proporcionar um ambiente acolhedor, estruturado;
- ✓ Mostrar interesse pelos relatos de dor, quer da criança/jovem, quer da família;
- ✓ Orientar a criança a respeito da dor especialmente quando a explicação;
- ✓ puder diminuir a ansiedade.

4.2.1.2 - Relação de confiança

- ✓ Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- ✓ Permanecer com a criança durante o procedimento doloroso;
- ✓ Encorajar os pais a permanecerem com a criança durante o procedimento, sempre visíveis para a criança.

4.2.2. Estratégias Comportamentais

4.2.2.1 - Relaxamento

Lactente e até aos 3 anos

- ✓ Pegar ao colo de forma confortável e acolhedora;
- ✓ Embalar de forma ritmada e não sacudida;
- ✓ Repetir palavras suaves e agradáveis, mas poucas ou com som semelhante;

Documento Interno

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

Criança > 3 anos

- ✓ Pedir para a criança respirar profundamente, relaxar o corpo completamente enquanto expira, depois deve bocejar;
- ✓ Ajudá-la ou colocá-la numa posição confortável;
- ✓ Iniciar técnica de relaxamento: relaxar progressivamente cada parte do corpo, vai pensando nas zonas do corpo para ficarem completamente moles;
- ✓ Se a criança preferir pode manter os olhos abertos.

4.2.2.2 -Estratégias de reforço/valorização das atitudes de controle e colaboração

Contrato comportamental

- ✓ Desde a Idade Escolar;
- ✓ Definir um comportamento de colaboração activa e de controlo moderado;
- ✓ Definir regalias a que ganha direito (emblemas, diplomas de “bom comportamento”);
- ✓ Dar a criança que não colabora ou que adia, um tempo limitado para completar o procedimento;
- ✓ Prosseguir com o procedimento, perante a incapacidade de cooperação, se for caso disso;
- ✓ Reforçar a cooperação com uma recompensa, se o procedimento é realizado dentro do tempo previsto.

4.2.3. Estratégias Sensoriais

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Edição: 01	Data: 00/00/00
Revisão: 00	Data: 00/00/00

4.2.3.1 – Posicionamento

- ✓ Favorece o relaxamento do corpo, alivia o desconforto.

4.2.3.2 - Utilização de meios físicos

- ✓ Calor – Vasodilatação; aumenta o fluxo sanguíneo e diminui a tensão muscular; reduz a rigidez muscular; diminui os movimentos peristálticos.
- ✓ Frio – Vasoconstrição; diminui o espasmo muscular e o edema; inactiva a resposta muscular ou estímulo doloroso; destrói a actividade enzimática; aumenta os movimentos peristálticos.

4.2.3.3 - Técnicas de estimulação cutânea

- ✓ Toque terapêutico
 - Actua a nível da pele. Permite o fluir das emoções, tornando o corpo mais receptivo às sensações agradáveis;
 - Consiste num toque parado da palma das mãos, que trabalham em simultâneo e em paralelo;
 - Os dedos apontam para a cabeça da criança, tocar durante 3 a 4 respirações. Nas articulações, envolver o mais possível, “mãos em concha”;
 - Esta técnica acalma e proporciona segurança a criança.

Documento Interno

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

✓ Massagem

- Actua a nível da pele e dos músculos. A tensão muscular flúi para fora do corpo, proporcionando calma e bem estar. Proporciona assim o relaxamento físico e mental, promove o alívio da dor e o desenvolvimento afectivo e cognitivo e favorece o sistema imunitário;
- Consiste em fazer uma massagem simples e rítmica;
- Proporcionar bem-estar, diminui a dor, proporciona uma relação privilegiada entre a criança e o cuidador;
- Deve ser realizada apenas se a criança o desejar, e com o acordo dos pais;
- É importante que sejam explicados os benefícios e encorajar os pais a fazê-lo;
- Devemos certificar-nos que não estamos a provocar mais dor;
- Se a criança, assim o desejar, deve-se aplicar a massagem noutra local, por vezes eles desejam manter o contacto físico.

Documento Interno

4.2.4. Cognitivas

4.2.4.1 – Distracção

- ✓ Envolver os pais e criança numa forma de distracção;
- ✓ Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- ✓ Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nós dizermos;
- ✓ Soprar ou outro exercício que favoreça a respiração rítmica;
- ✓ Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Dentro da distração existem as seguintes técnicas:

❖ Brincar

- Permite entrar no mundo dos adultos e treinar os seus comportamentos;
- Facilita a expressão e a projecção de emoções e sentimentos;
- A criança experimenta um momento de independência e de autonomia.

❖ Modelagem

- Utiliza-se a partir dos 3-4 anos;
- É uma técnica que utiliza um modelo (boneco) que demonstra como a criança pode controlar o medo e a ansiedade, ou como os pais podem ajudar o filho a fazê-lo.

❖ Jogo

- Utiliza-se em crianças e adolescentes;
- Permite a transformação de um acontecimento traumático numa experiência aceitável e integrada na sua história de vida (Ex: Jogo do “faz de conta”; “puzzles”, “quebra-cabeças”; “quebra-gelo”; “jogo dos espelhos”).

❖ Musicoterapia

“Com a musicoterapia, os enfermeiros podem ajudar os clientes a melhorar o modo como se sentem. Combinada com relaxamento, meditação ou visualização, a música pode permitir a pessoa reatar contacto consigo mesma e aumentar o limiar de tolerância à dor e a outros sintomas desconfortáveis” Dallaire e Gauthier (1993)

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:

 Hospital Distrital de Torres Vedras	MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA	Página 8 / 11	
		Código:	
Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor	Edição: 01	Data: 00/00/00	
	Revisão: 00	Data: 00/00/00	

- Proporcionar a escolha da música preferida;
- Transmite a sensação de bem-estar;
- Alivia a tensão emocional e muscular;
- Faz reviver emoções e prazeres;
- Canção de embalar – Corresponde ao andamento do batimento cardíaco humano;
- Tocar tambor para crianças – imita o batimento do coração;
- Musica para relaxar – ajuda a diminuir a ansiedade que antecede uma cirurgia ou procedimentos dolorosos;
- Tem efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro e ajuda a exprimir emoções.

❖ Imagem Guiada

- ✓ Utiliza-se em crianças e adolescentes;
- ✓ Imagens mentais positivas fazem baixar os níveis de tensão muscular (Jacobson 1983, McGuigan 1971);
- ✓ Pedir para identificar alguma experiência real ou imaginária, muito agradável e fazer com que a criança conte essa história;
- ✓ Tentar que contemple o máximo de detalhes possível e sensações agradáveis;
- ✓ Durante o procedimento, a criança deve focalizar-se na história, devemos guiá-la, ajudando-a em determinados pormenores.

Documento Interno

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

❖ Auto-instrução

- Concentrar-se em factores positivos do procedimento (a seguir não vou apanhar doenças);
- Referir informações positivas, se focalizar-se noutra situação diminui a dor;
- Concentrar os factores positivos em afirmações curtas e referi-las, (vou estar sossegado, vão conseguir à primeira, vai doer pouco, estou quase despachado);
- Deve referir as frases anteriores sempre que tiver uma experiência semelhante.

❖ Pensamento Positivo

- Instruir a criança para que esta se concentre em algo bom, (ex: isto vai ser para eu não apanhar doenças; isto é rápido; eu consigo controlar-me, sou capaz”);
- Ensinar declarações positivas para dizer quando estiver com dor; (“ Respira, relaxa, dói menos”).

4.3. Organização do procedimento:

- Proporcionar ambiente calmo e com privacidade;
- Escolher a estratégia mais adequada a criança e ao procedimento que vai ser realizado;
- Quando possível, explicar numa linguagem adequada o objectivo do procedimento à criança/pais e pedir a sua colaboração;

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:

 Centro Hospitalar de Torres Vedras	MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA	Página 10 / 11	
		Código:	
Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor	Edição: 01	Data: 00/00/00	
	Revisão: 00	Data: 00/00/00	

- Envolver os pais e criança;
- Envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e a seu gosto;
- Fazer com que a criança cante; respire profundamente e expire até nos dizermos; soprar ou outro exercício que favoreça o procedimento;
- Dizer piadas e utilizar o humor, estimulando-a para brincar, ler ou conversar.

5. REGISTOS:

Efectuar o registo na folha de registo da dor existente no Serviço de Pediatria. Na Urgência Pediátrica, efectuar o registo no ALERT, nos diários de enfermagem, cujos itens obrigatórios são os seguintes:

- ✓ Hora;
- ✓ Motivo da necessidade de aplicação de uma técnica não farmacológica;
- ✓ Estratégia não farmacológica de controlo da dor utilizada;
- ✓ Factores atenuantes e exacerbantes.

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

Protocolo Dor do Manual Operativo de Enfermagem do CHTV

7. INDICADORES:

Indicador:

- Percentagem de utentes / pessoa significativa, a quem foi utilizada uma estratégia não farmacológica de alívio da dor adequada a faixa etária.

Documento Interno

Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
------------	-------------	-----------



Centro Hospitalar de Torres Vedras

MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Página 11 / 11

Código:

Intervenção Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Edição: 01

Data: 00/00/00

Revisão: 00

Data: 00/00/00

Objectivo:

- Implementar a utilização e o registo de estratégias não farmacológicas de alívio da dor adequada a faixa etária a todos os clientes do CHTV que recorrem ao serviço de pediatria.

Documento Interno

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:

