

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*“ludus est necessarius ad
convrsationm humnae vita”*

(Tomás de Aquino)

Queria aqui deixar expresso o meu agradecimento a todos os que directa ou indirectamente tornaram possível a realização deste trabalho, assim gostava de agradecer a:

- Escola Superior de Saúde
- A todos os professores do Curso de Mestrado
- Á Sr.^a Professora Ernestina
- Á Sr.^a Professora Amarílis, pela dedicação, disponibilidade, orientação científica do trabalho e especialmente pelo apoio e orientação, quando tudo ficava “desorientado”
- Á equipa multidisciplinar da USF-Lusitana
- A todos os enfermeiros da USF-Lusitana, por terem respondido ao questionário, duas vezes; pela dedicação e envolvimento neste projecto e especialmente por terem acreditado no valor do Brinquedo Terapêutico
- A todas as crianças que brincaram na vacinação, por nos terem levado a descobrir a eficácia desta estratégia
- Ao Bruno, por tudo
- Ao meu pai, pela revisão literária
- Á minha mãe, pelo apoio
- Á Francisca e á Leonor, pela compreensão
- Ao João, por não se importar de brincar sozinho, enquanto a mãe estudava o brinquedo.

A todos o meu muito obrigado.

Dedico este trabalho a todas as
crianças...

...que apesar das dores continuam a brincar!

RESUMO

Percepção dos Enfermeiros sobre o uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor na criança

O Brinquedo Terapêutico é reconhecido, cada vez mais, como uma estratégia eficaz no alívio da dor da criança. **Objetivos:** Analisar a percepção das enfermeiras da equipe da USF-Lusitana sobre o uso do Brinquedo terapêutico, antes e após uma intervenção formativa. Definir uma norma de “Boa Prática” para a preparação da criança, em idade pré-escolar, para a vacinação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritiva e comparativa. Os dados foram colhidos através de um questionário, aplicado, antes e depois de uma intervenção formativa, aos enfermeiros da USF. **Resultados:** A análise dos dados evidenciou benefícios para a criança e família, para a relação terapêutica e após a formação também para o ambiente. **Conclusão:** Foi reconhecido pelos enfermeiros que o brinquedo terapêutico é uma estratégia eficaz na redução do nível de dor e elaborada uma norma que introduz esta estratégia na preparação das crianças, com 5/6 anos, para a vacinação.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Dor, Estratégias não Farmacológicas, Brinquedo Terapêutico.

ABSTRACT

Perception of nurses on the use of therapeutic play in relieving pain in children

The therapeutic play is recognized increasingly as an effective strategy for relieving the pain on child. **Objective:** To analyze the perception of USF-Lusitana nurses on the use of therapeutic play, before and after a formative intervention. Set a standard of "Good Practice" for preparing the child in preschool age, for vaccination. **Methodology:** It is a qualitative study, exploratory-descriptive and comparative. Data were collected through a questionnaire applied, before and after a formative intervention, to the USF nurses. **Results:** Data analysis showed benefits for the child and family in the therapeutic relationship and, after pair formation, also for the environment. **Conclusion:** It's now recognized by nurses that therapeutic play is an effective strategy in reducing the level of pain and developed a standard that introduces this strategy in the preparation of children, with 5 / 6 years, for vaccination.

Keywords: Pediatric Nursing, Pain, non-pharmacological strategies, therapeutic play

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE SIGLAS

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
2.1 AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR	25
2.2 VACINAÇÃO NA IDADE PRÉ-ESCOLAR	26
2.3 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR	27
2.4 UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA A VACINAÇÃO	27
3. METODOLOGIA	29
3.1 TEMA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	29
TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	30
3.3 OBJECTIVOS	32
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.5 VARIÁVEIS.....	32
3.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	33
3.7 PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	33
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
APÊNDICE I – GUIA DE BOAS PRÁTICAS DA VACINAÇÃO – USF-LUSITANA	57
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO.....	59
APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO “UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA VACINAÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR”	61
APÊNDICE IV – NORMA DE VACINAÇÃO A CRIANÇAS COM 5/6 ANOS – ACTUALIZADA –	63
ANEXO I – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE PERTENCER Á EQUIPA COORDENADORA DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO	65
ANEXO II – DECLARAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO “GUIA DE BOAS PRÁTICAS EM VACINAÇÃO – USF- LUSITANA –	67
ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	69
ANEXO IV – DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE “A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA A VACINAÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR	71

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura I- Escala das Faces
Figura II- Desenho de investigação

26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sócio-profissional	36
Tabela 2 – Aspectos positivos da formação “Utilização do BT na preparação para vacinação em crianças em idade pré-escolar	37
Tabela 3 – Motivos da não avaliação da dor de forma sistemática	38
Tabela 4 – Métodos para a avaliação da dor em crianças com 5/6 anos	39
Tabela 5 – Estratégias não farmacológicas habitualmente utilizadas para o alívio da dor	41
Tabela 6 – A vacinação como um momento de dor	42
Tabela 7 – Estratégias que os enfermeiros costumam utilizar para prevenir a dor em crianças com 5/6 anos quando administra vacinas	43
Tabela 8 - Motivos para os enfermeiros não utilizarem o Brinquedo Terapêutico	44
Tabela 9 – Vantagens do Brinquedo Terapêutico identificadas pelos enfermeiros	46
Tabela 10 – Inconvenientes do Brinquedo Terapêutico identificados pelos enfermeiros	47

ÍNDICE DE SIGLAS

BT – Brinquedo Terapêutico

SAPE - Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui as responsabilidades de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem (Regulamento 122/2011)

Assim quando, no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria, na unidade curricular Relatório Final, surgiu a oportunidade de desenvolver um trabalho onde os objectivos colidiam com essas funções decidiu realizar-se, o mesmo em contexto profissional para que se atingissem os objectivos do trabalho, desenvolvendo as competências supra citadas.

Tendo em conta os quatro domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas, considerou-se que em relação ao domínio da *“responsabilidade profissional ética e legal”* seria importante desenvolver a competência *“Promove práticas que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*. Assim, dando resposta a uma das preocupações que tem vindo a ser objecto de estudo da autora, pretende-se garantir a protecção do direito da criança consignado na Carta dos Direitos da Criança: *“Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”*.

Sendo responsável pela vacinação na Unidade de Saúde onde trabalha (Anexo I) e tendo já realizado o *“Guia de Boas Práticas da Vacinação”* (Anexo II), pensou ser importante criar uma norma de actuação, onde se sistematizasse um procedimento para a avaliação e o alívio da dor na vacinação das crianças de 5/6 anos. Actuando assim no domínio das competências *“melhoria da qualidade”*, avaliando os cuidados e planeando a sua melhoria continua através da reformulação do Guia de Boas Práticas da Vacinação (Apêndice I)

Já no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolveu conjuntamente com três colegas, um trabalho dedicado ao tema *“Efeito do brinquedo terapêutico no nível de dor da criança sujeita á administração de vacina”* que permitiu concluir, que o brinquedo terapêutico foi uma estratégia eficaz, na redução do nível de dor nas crianças submetidas á administração de vacinas.

Tendo como base esse trabalho e todo um processo de pesquisa bibliográfica em artigos de revistas e livros de autores da especialidade e foi realizada pesquisa sistemática

em bases de dados disponíveis *online* (*Lillacs, Pub Med, Scielo*), decidiu-se realizar um estudo exploratório-descritivo e comparativo visando interpretar a *percepção* dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação antes e depois da intervenção formativa. Surgindo, naturalmente as questões de investigação:

“Qual a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação?”

“Será que a intervenção formativa modifica a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação?”

Assim com este trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Analisar a percepção das enfermeiras da equipe da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação.
- Promover reflexão na equipe de enfermagem da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico
- Avaliar a modificação da percepção das enfermeiras da equipe da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação, após a intervenção formativa.
- Definir uma norma de “Boa Prática” para a preparação da criança, em idade pré-escolar, para a vacinação

Após uma pesquisa bibliográfica e com base na informação recolhida, elaborou-se um questionário que foi aplicado aos enfermeiros da USF-Lusitana em dois momentos, o primeiro antes da realização da Intervenção Formativa e o segundo passados três meses durante os quais os enfermeiros utilizaram o Brinquedo Terapêutico.

Depois da leitura das respostas obtidas, foram identificadas as unidades de análise que se enquadraram em categorias, permitindo finalmente a sua quantificação, análise e interpretação.

A partir da investigação realizada, elaborou-se o presente trabalho, que é constituído por três partes fundamentais, uma primeira de revisão de literatura, a segunda onde se desenvolve e justifica o processo metodológico e a terceira parte que serve para apresentar e analisar os dados recolhidos e conclusões e implicações do estudo.

Assim, na primeira parte, aborda-se de forma, sucinta o tema da dor, da sua avaliação na criança em idade pré-escolar, a vacinação, a estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e pelo Brinquedo Terapêutico.

Na segunda parte, o processo metodológico, é apresentada a questão de investigação, o tipo de estudo e desenho de investigação, a população, as variáveis, o instrumento de colheita de dados e a forma como serão apresentados e tratados os dados recolhidos.

Na parte final, apresentam-se dados recolhidos os resultados e conclusões e implicações do estudo e as sugestões que daí possam advir.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O fenómeno doloroso possui dois componentes: um que discrimina o estímulo doloroso em relação ao tempo, espaço e intensidade, chamado de perceptivo-discriminativo (componente sensorial); e outro que atribui emoções à experiência dolorosa, (componente motivacional (MELZACK, 1994; ALMEIDA et al., 2004).

Em 2003, a dor passou a ser considerada como o 5º Sinal vital e como tal o registo sistemático da sua intensidade e o seu controlo eficaz passaram a ser um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem (DGS, 2003).

2.1 AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Os profissionais de saúde têm-se deparado, continuamente, com um dos problemas mais desafiantes da prática diária: a medição e avaliação da dor em pediatria (FRANCK et al, 2000).

A compreensão e a descrição da dor pelas crianças, naturalmente, dependem da sua idade, nível cognitivo e experiência dolorosa prévia. Elas avaliam a intensidade de qualquer dor em comparação com sensações que já experimentaram (MCGRATH, 1993).

O Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2008) privilegia o auto-relato na avaliação da dor e o uso de instrumentos de mensuração da dor, desde que seja assegurada a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa.

De acordo com Craig (2002), a Escala das Faces (figura -1), uma escala de análogo linear que inclui expressões faciais a cada extremo de uma linha horizontal, é bastante utilizada nesta etapa do desenvolvimento.

Na Escala de Faces, é solicitado ao doente, que classifique a intensidade da sua Dor, de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que, à expressão de felicidade, corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza, corresponde a classificação “Dor Máxima”.Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente (DGS, 2003).



Figura 1: Escala das Faces

Fonte: DGS, 2003

Para complementar a avaliação na escala, estas crianças conseguem, ainda, dar informações simples sobre a sua dor e a localização anatómica (GOODENOUGH, 1997).

2.2 VACINAÇÃO NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

Em Portugal, nesta idade, devido ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), a criança é sujeita à administração de vacinas (DGS, 2006).

Assim, de acordo com este PNV, entre os cinco e os seis anos, a criança terá que ser vacinada com a vacina combinada de Difteria, Tétano, Tosse Convulsa e Poliomielite e com vacina combinada de Sarampo, Parotidite e Rubéola (DGS, 2006). O que se traduz em dois procedimentos invasivos, com utilização de agulhas.

Na idade pré-escolar, o pensamento da criança é concreto, por isso, ela reage aos objectos e situações, tal como lhe aparecem no momento (CASTRO, 2004). Nesta faixa etária, a criança tem dificuldade em aceitar uma intervenção, de enfermagem, que lhe provoca dor, como necessária, podendo interpreta-la como um castigo ou punição (CASTRO, 2004; MARTINS, 2001).

Nas Unidades de Saúde Familiar, Centros de Saúde ou qualquer outro serviço de atendimento de Cuidados de Saúde Primários ou Ambulatórios, apesar de não haver afastamento da criança do seu ambiente familiar, que acontece quando há um internamento, os enfermeiros e as actividades ali desenvolvidas podem parecer estranhos e assustadores (SALGADO, 2002).

A injeção por via intramuscular é um dos eventos mais frequentes e ameaçadores para a criança, sendo percebido, como uma invasão, extremamente dolorosa, no seu corpo (RIBEIRO, 2001; SANTOS, 2000).

De acordo com Salgado (2002), diariamente, crianças, manifestam medo e dor, antes e durante a administração de vacinas, expressando estes sentimentos através do choro, gritos, pedido de ajuda, tentativa de fuga.

Mesmo que a criança seja capaz de colaborar num procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação (RIBEIRO, 2001).

2.3 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR

O Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2008) diz que o enfermeiro deve prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas.

As estratégias, não farmacológicas, constituem acções independentes de enfermagem que, sem efeitos secundários, e não exigindo equipamentos especiais, podem ser executadas em qualquer lugar, com benefícios para a criança, comprovados pelas evidências, que facilitam a parceria de cuidados com os pais e marcam a diferença no cuidar (ELER, 2006; LEMOS, 2009).

As técnicas, não farmacológicas, mais utilizadas são, segundo os vários autores, agrupadas em biofísicas, cognitivas e comportamentais (ELER, 2006). Dentro das quais se destacam: Ambiente confortável (ELLER, 2006; LEMOS, 2009; QEIROZ, 2007), Imaginação guiada, musicoterapia, mediação da leitura, actividades lúdicas, brinquedo terapêutico (ELLER, 2006; SILVA, 2007), estimulação cutânea (massagem, calor/frio, toque terapêutico) (ELLER, 2006; PIMENTEL, 1992; LEMOS, 2009; QEIROZ, 2007; SILVA, 2007) e relaxamento (PIMENTEL, 1992; LEMOS, 2009; QEIROZ, 2007).

Estas estratégias devem ser desenvolvidas de forma a garantir conforto, mantendo a atenção centrada na criança, com o objectivo de valorizar a dor. Os pais devem permanecer junto da criança (QEIROZ, 2007).

Face a isto, as terapias complementares, para o alívio da dor, têm-se revelado eficazes, propiciando um vasto campo a ser explorado pelos enfermeiros (ELLER, 2006).

2.4 UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA A VACINAÇÃO

O brinquedo terapêutico constitui-se num brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para a sua idade, que costumam ser ameaçadoras, requerendo mais do que recreação para resolver essa ansiedade, devendo ser utilizado, sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com a experiência (SALGADO, 2002; KICHE, 2009; RIBEIRO, 2001).

O brinquedo terapêutico, é também, a utilização de uma brincadeira que simula situações hospitalares (MARTINS, 2001).

Assim, KICHE (2009) destaca quatro funções básicas do brinquedo terapêutico: recreação, quando o prazer e a distração constituem o objectivo principal; estimulação,

quando favorece o desenvolvimento sensório-motor, intelectual, social e a criatividade; socialização, quando permite que a criança vivencie papéis sociais e aprende a relacionar-se com os outros; catarse, com o objectivo de aliviar a tensão emocional.

O brinquedo terapêutico tem, também, a função de auxiliar na preparação da criança para procedimentos de enfermagem, a fim de fornecer a compreensão do tratamento e esclarecer os conceitos erróneos (RIBEIRO, 2001; KICHE 2009).

A criança, em idade pré-escolar, é, particularmente, beneficiada pelo uso do Brinquedo Terapêutico, pois esta intervenção, além de permitir que ela extravase os sentimentos, ameniza a sensação de se sentir pequena perante as circunstâncias, por satisfazer a sua necessidade de crescer perante estas, pelo menos enquanto brinca (MAIA, 2008).

Azevedo (2008) e Drumond (2009) referem que o uso do brinquedo, traz benefícios significativos para a tríade criança, acompanhante e profissional. Para este último apresenta-se como uma estratégia alternativa que lhe permite compreender as necessidades e os sentimentos da criança e do seu acompanhante.

Num estudo realizado por Maia (2008), as enfermeiras identificaram vantagens do uso brinquedo para a criança, para melhorar o ambiente de atendimento à criança e para elas próprias.

Vários estudos confirmam a eficácia desta estratégia: Martins (2001) analisou nove autores que demonstram nos seus trabalhos que o Brinquedo Terapêutico é um valioso instrumento na preparação das crianças para procedimentos dolorosos. Num outro trabalho de revisão bibliográfica, realizado por LEITE (2008), foram analisados catorze teses/dissertações e todos os trabalhos revelaram resultados positivos para esta prática.

O brinquedo terapêutico, embora não impeça a criança de passar pelas experiências dolorosas, concede, no entanto, a oportunidade de libertar os seus sentimentos de raiva e indiferença (SALGADO, 2002).

Como se pode verificar, do que foi anteriormente exposto, existe um consenso na literatura sobre a importância do Brinquedo Terapêutico para a criança, devendo esta estratégia integrar os cuidados de enfermagem dirigidos aos utentes pediátricos, pois está comprovado que é eficaz para diminuir a dor, a ansiedade, o stress e o medo gerados por este tipo de experiências.

3. METODOLOGIA

A metodologia é caracterizada, por IMPERATORI (1999), como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

Segundo FORTIN (2006), nesta fase define-se o tipo de investigação realizada, expõem-se as hipóteses, definem-se as variáveis e a sua operacionalização, o processo de selecção da amostra, os instrumentos de colheitas de dados adequados à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra, o processo de colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados e indicam-se e justificam-se as técnicas e medidas estatísticas a utilizar.

3.1 TEMA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O tema de um estudo deve ser de um domínio de conhecimentos que suscite interesse ao investigador e que o leve a fazer uma investigação, de modo a complementar e aumentar os seus conhecimentos. A escolha do tema é um passo muito importante, dado que influencia o desenrolar das etapas seguintes (FORTIN, 2006).

Na sequência do trabalho desenvolvido anteriormente, no âmbito do Curso de Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, onde se estudou o efeito do brinquedo terapêutico no nível de dor da criança sujeita á administração de vacina, surgiu a curiosidade de analisar qual percepção dos enfermeiros que colaboraram na colheita de dados para este estudo, na USF- Lusitana sobre as vantagens do mesmo. Assim o tema que se pretende estudar, é, exactamente, a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico.

Os resultados do estudo referido, levam a acreditar que o nível de dor sentido pelas crianças é inferior quando utilizado o Brinquedo Terapêutico, indo de encontro aos resultados apontados pela literatura, que defende a sua utilização.

De acordo com vários autores, o Brinquedo Terapêutico é hoje, amplamente reconhecido como uma forma de comunicação universal das crianças. Nesse sentido, ajuda a enfermeira e a criança durante a preparação para uma intervenção (RIBEIRO, 2001).

A habilidade para brincar com a criança tem um crescente valor na prática de enfermagem e todos os membros da equipa devem ter interesse e iniciativa em conhecer o brinquedo terapêutico, as suas características e as várias formas de o utilizar. Os

enfermeiros, têm vindo de forma gradual, a implementar o uso do brinquedo terapêutico na sua prestação de cuidados a crianças (MAIA, 2008).

A utilização do brinquedo terapêutico, na prática de enfermagem, pode ajudar o enfermeiro a reconhecer sentimentos de medo e angústia, capacitar e encorajar para futuras experiências, ajudando a manter o equilíbrio emocional das crianças (SILVA, 1998). A equipa de enfermagem possui um papel, extremamente importante, na estimulação e/ou execução de actividades lúdicas que auxiliam na assistência prestada, aumentando a sua qualidade e que podem traduzir ganhos sem precedentes na adesão ao tratamento e melhoria dos cuidados (AZEVEDO, 2008).

Assim, verificando as vantagens inequívocas do uso deste método e na tentativa de criar um procedimento uniformizado para a utilização do mesmo na preparação das crianças para a vacinação, após uma primeira análise da percepção destes profissionais, pretende-se intervir, de maneira a envolver toda a equipa, na utilização do Brinquedo Terapêutico através da apresentação de:

- Resultados do estudo realizado sobre o efeito do brinquedo terapêutico no nível de dor da criança sujeita á administração de vacina.
- As vantagens que outros enfermeiros identificaram, referidas na literatura.
- Sistematização do procedimento que posteriormente será definido como norma de “Boa Prática” no “Guia de Boas Práticas na Vacinação” na USF Lusitana.

Após esta intervenção e num período de três meses, em que todos poderão utilizar livremente o procedimento descrito, será realizada uma nova análise sobre a percepção destes, em relação a esta prática, de maneira a que todos participem na criação de uma nova norma de “Boa Prática” na vacinação das crianças, com idade pré-escolar (5/6 anos).

“Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação”. (DIERS, 1979 *cit in* FORTIN, 2006:66 a 67)

Neste trabalho de investigação as questões que surgem naturalmente, e que constituem as questões de investigação, são:

“Qual a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação?”

“Será que a intervenção formativa modifica a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação?”

TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O Estudo compreende investigação quantitativa e qualitativa.

A abordagem quantitativa é descritiva e pretende caracterizar a população em termos sócio profissionais e académicos.

A abordagem qualitativa é exploratório-descritiva e comparativa, visando interpretar a *percepção* dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação, antes e depois da intervenção.

Para analisar os dados, vai recorrer-se à *Análise de Conteúdo*. Segundo Vala (1986) foi definido em 1952 por Berelson, análise de conteúdo, como uma técnica de investigação que permite “a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Vinte e oito anos mais tarde, em 1980, Krippendorff definiu-a como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto”. Para proceder à análise de conteúdo, são necessárias determinadas operações: delimitação dos objectivos, constituição dos corpos, definição das categorias e das unidades de análise e, por fim, a quantificação (VALA, 1986).

Assim as respostas obtidas foram, primeiramente, lidas de uma forma “flutuante”, seguidamente foram realizadas várias leituras cuidadosas para descrever os conteúdos, inferir e interpretar categorias, permitindo, finalmente, identificar as unidades de análise. Foi um processo de busca, organização sistemática, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes a relatar.

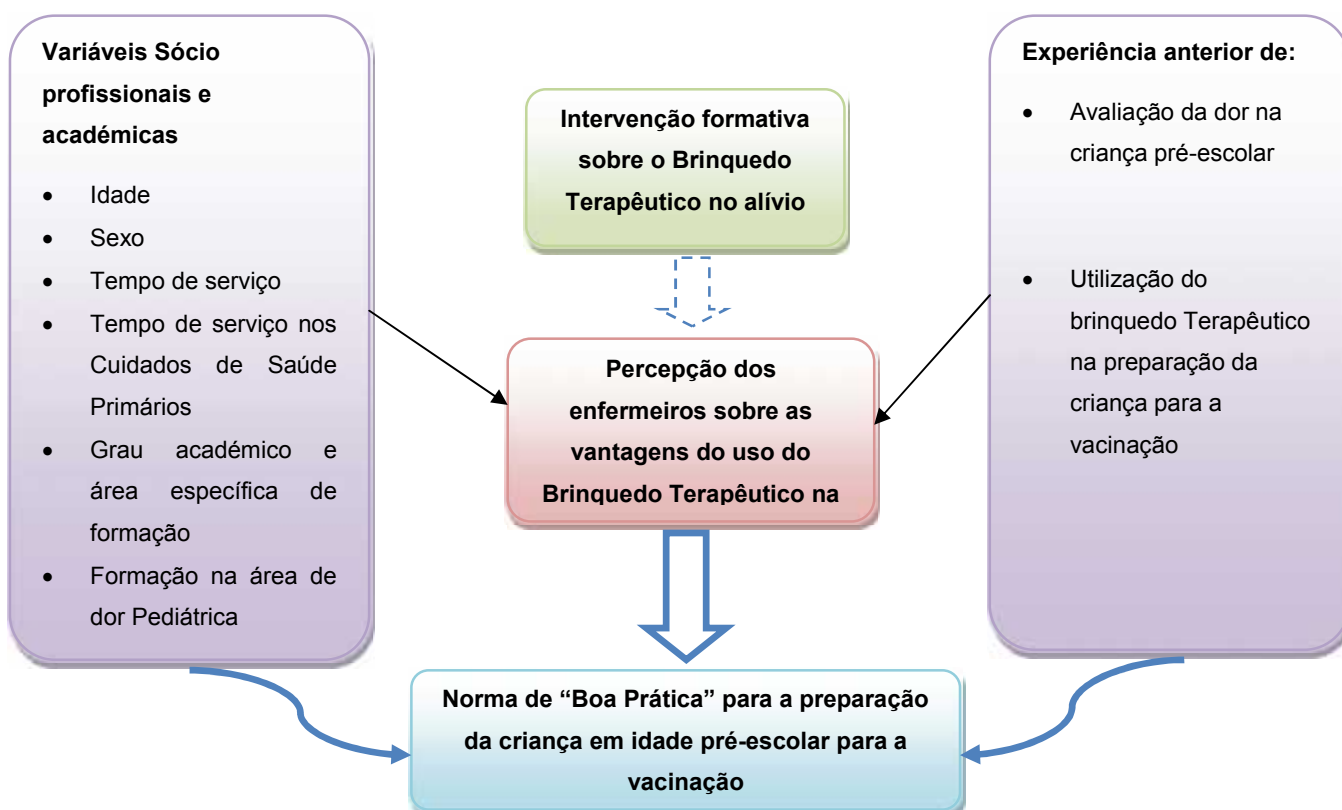


Figura 2: Desenho de Investigação

3.3 OBJECTIVOS

De acordo com o desenho de investigação, definiram-se os seguintes objectivos:

- Analisar a percepção das enfermeiras da equipe da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico, no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação.
- Promover reflexão na equipe de enfermagem da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico.
- Avaliar a modificação da percepção das enfermeiras da equipe da USF-Lusitana sobre as vantagens da utilização do brinquedo terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação, após a intervenção formativa.
- Definir uma norma de “Boa Prática” para a preparação da criança, em idade pré-escolar, para a vacinação.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (FORTIN, 2006).

A população, neste estudo, é constituída por todos os enfermeiros da equipa de enfermagem da USF- Lusitana e será estudada na íntegra.

3.5 VARIÁVEIS

Neste trabalho, a variável central do estudo é a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico, no alívio da dor, nas crianças submetidas a vacinação, antes e depois de uma intervenção formativa.

Para além desta, existem as variáveis de caracterização, que permitem caracterizar a população relativamente à respectiva situação sócio-profissional e académica.

As variáveis sócio - profissionais e académicas:

- Idade
- Sexo
- Tempo de serviço
- Tempo de serviço nos Cuidados de Saúde Primários
- Grau académico e área específica de formação
- Formação na área de dor Pediátrica

3.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na opinião de Fortin (2006), “a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar”. Ainda segundo a mesma autora “o processo de colheita de dados consiste em colher, de uma forma sistemática, a informação desejada junto dos participantes”. Desta forma, a recolha de dados é uma das etapas de um trabalho de investigação. Assim, tornou-se necessária a elaboração de um instrumento que permitisse a colheita de dados, de acordo com os objectivos da pesquisa, e características do estudo.

Neste estudo, optou-se por utilizar como instrumento de colheita de dados o Questionário, uma vez que, de acordo com a mesma autora, este instrumento permite colher informação, junto dos participantes, relativa a factos, ideias, preferências sentimentos expectativas e outros, para além disso, podem ser preenchidos pelo próprio participante.

Assim, o questionário (Apêndice II) é constituído por duas partes. A primeira, onde são colhidos os dados que irão permitir fazer uma caracterização sócio-profissional e académica da população, é constituído por seis perguntas fechadas e uma pergunta semi-aberta, dando a possibilidade ao participante de expressar a sua opinião no que diz respeito aos aspectos positivos da formação sobre “Dor Pediátrica”, o que, na segunda aplicação do questionário, poderá permitir a avaliação da intervenção formativa realizada no decurso desta investigação.

A segunda pretende identificar a experiência anterior, na avaliação e tratamento da dor e da utilização do Brinquedo terapêutico e conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico, no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação. Esta parte é constituída por oito perguntas, sendo que, uma possui uma alínea, duas são semi-abertas, exigindo primeiro uma resposta fechada e depois permitindo uma explicação em pergunta aberta. Todas as restantes perguntas são abertas, para garantirem que se obtém a percepção pessoal de cada um dos intervenientes.

3.7 PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Um aspecto ético, a ter em consideração numa investigação, é a integridade que deve ser mantida durante todo o processo, desde a aquisição de dados, até à publicação. Assim, o processo de investigação deve respeitar o domínio privado de cada um; garantir o consentimento livre e informado ou assentimento; garantir a confidencialidade, respeitar a segurança, a intimidade e a dignidade de cada indivíduo; não expor ninguém a perigos quer de ordem física quer de ordem afectiva; não manipular as respostas; respeitar valores religiosos e culturais; respeitar o direito ao anonimato e manter a privacidade; solicitar

autorização às instituições envolvidas; solicitar autorização para utilizar instrumento de colheita de dados, não plagiar, fazendo sempre referência ao Autor.

Em relação ao investigador, este deve manter-se isento e imparcial, agir em função dos dados colhidos e não dos que gostaria de colher, possuir preparação adequada para realizar o estudo (TUCKMAN, 2000). Assim, para dar início a este estudo, foi necessária, primeiramente, a aprovação do projecto de pesquisa pela Equipa Pedagógica do 3º CPLEESIP (Curso de Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) da Escola Superior de Saúde de Viseu, iniciando-se a colheita de dados, apenas, após obter autorização para a aplicação dos questionários por parte da Unidade de Saúde Familiar onde foi realizada. (Anexo III)

Para este trabalho, serão observadas as considerações éticas descritas anteriormente, sendo garantido o direito ao anonimato e privacidade.

No que diz respeito aos procedimentos, realizou-se, inicialmente, a aplicação do questionário aos enfermeiros da USF-Lusitana, seguidamente, realizou-se uma acção de formação (Anexo VI e Apêndice III) com o tema “Utilização do Brinquedo Terapêutico na Preparação para a Vacinação em Crianças em Idade Pré-escolar” onde foram apresentados:

- Resultados do estudo realizado sobre o efeito do brinquedo terapêutico no nível de dor da criança sujeita á administração de vacina.
- As vantagens que outros enfermeiros identificaram, referidas na literatura.
- Sistematização do procedimento que, posteriormente, será definido como norma de “Boa Prática” no “Guia de Boas Práticas na Vacinação” na USF Lusitana.

Após esta intervenção e um período de três meses, em que todos utilizaram livremente o procedimento descrito, foi aplicado novamente o mesmo questionário para avaliar a percepção destes em relação a esta prática; envolvendo toda a equipa na elaboração de uma nova norma de “Boa Prática” na vacinação das crianças com idade pré-escolar (5/6 anos), que depois de analisada e aprovado pelo Conselho Técnico da USF será integrada no “Guia de Boas Práticas da Vacinação”.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Como fase posterior à colheita de dados e ao tratamento estatístico da investigação, impõe-se a análise e apresentação dos dados e discussão dos resultados obtidos. Esta fase refere-se ao processo de compreensão e de exame das implicações da descoberta. O investigador analisa o conjunto de resultados e interpreta-os de acordo com o tipo de estudo e o quadro de referência utilizados (FORTIN, 2006).

Os dados que se apresentam, referem-se aos resultados obtidos pela aplicação do questionário em dois momentos diferentes, antes e depois de uma intervenção formativa, aos enfermeiros da equipa da USF-Lusitana. Onde, para além da apresentação dos resultados, existe uma tentativa do pesquisador para explicar as descobertas, relacionando-as com estudos anteriores conhecidos na área.

Como já foi referido anteriormente, durante a investigação foi realizada uma intervenção formativa com a designação de “Utilização do Brinquedo Terapêutico na Preparação para a Vacinação em Crianças em Idade Pré-escolar”, onde se apresentavam os resultados do estudo realizado anteriormente para além do que sobre o tema está descrito na literatura.

Assim, para proceder á análise, depois se caracterizar a população, os dados colhidos, antes e depois da formação, serão analisados, em simultâneo, estabelecendo uma comparação que permita avaliar o impacto da formação em cada questão analisada.

A população estudada (Tabela I), é, maioritariamente, do sexo feminino (87.5%), o que confirma a manutenção da predominância deste sexo na profissão de enfermagem, como já havia referido Colliere em 1989.

Em termos de grupo etário, pode-se observar uma concentração nos grupos compreendidos entre os 26 e os 36 anos e entre os 41 e os 46 anos, sendo a média de 35.75 anos.

Todos os enfermeiros da equipa são Licenciados em Enfermagem, 25% têm especialidade na área de Saúde Infantil e Pediátrica, dois dos elementos possuem o grau de Mestre, um na área de Saúde Ocupacional e outro na área de Sócio- Psicologia da Saúde

No que diz respeito ao tempo de serviço, verifica-se que oscila entre os 5 e os 25 anos de experiência profissional, sendo que o maior número se concentra no intervalo entre os 5 e os 10 anos, sendo a média de 13.13 anos. No que diz respeito á experiência na área

de Cuidados de Saúde Primários essa média baixa para 10.63 anos, no entanto, a maioria dos enfermeiros tem entre os 5 e os 15 anos de serviço em Cuidados de Saúde Primários.

No que diz respeito a terem formação sobre dor pediátrica, apenas, um dos enfermeiros possui uma formação realizada no âmbito do Curso de Enfermagem Pediátrica realizado na Alemanha.

Em relação á formação de dor na criança, verifica-se que todos participaram na formação, dentro do âmbito desta investigação.

Ao analisar as atitudes profissionais, em relação à avaliação da dor, de forma sistemática, nota-se que, após formação, 50% dos enfermeiros que, habitualmente, não avaliavam a dor, passaram a fazê-lo, aumentando em 25%.

Antes da formação, apenas 12.5% dos enfermeiros não se considerava apto para a avaliar a dor a crianças, com idades compreendidas entre os 5/6 anos, mas depois da formação, todos se consideraram aptos para tal.

Tabela 1: Caracterização socioprofissional e académica

Variáveis Socioprofissionais e Académicas		Nº	%	Média	
Sexo	Masculino	1	12.5		
	Feminino	7	87.5		
Grupo etário	26 - 35 Anos	3		35.75	
	36 – 40 Anos	2			
	41 – 46 Anos	3			
Formação académica	Doutoramento	0	0		
	Mestrado	2	25		
	Especialidade	2	25		
	Pós Graduação	0	0		
Tempo de serviço	Licenciatura	8	100		
	5 -10 Anos	3		13.13	
	11-15 Anos	2			
	16-20 Anos	1			
21-25 Anos	2				
Tempo de Serviço nos cuidados de Saúde Primários	1-4 Anos	1		10.63	
	5-10 Anos	3			
	11-15 Anos	3			
	16-20 Anos	0			
Formação na área de dor Pediátrica	21-25 Anos	1			
	Sim	1	12.5		
Formação de "Dor Pediátrica" nos últimos 3 meses	Não	7	87.5		
	Sim	0	0		
Avaliação da dor de Forma sistemática	Não	8	100		
	Sim	4	50		
Apto para avaliar a dor	Sim	4	50		
	Não	7	87.5		
Formação de "Dor Pediátrica" nos últimos 3 meses	Sim	1	12.5		
	Não	0	0		
Avaliação da dor de Forma sistemática	Sim	7	87.5		Depois da Formação
	Não	1	12.5		
Formação de "Dor Pediátrica" nos últimos 3 meses	Sim	8	100		
	Não	0	0		
Avaliação da dor de Forma sistemática	Sim	6	75		
	Não	2	25		
Apto para avaliar a dor	Sim	8	100		
	Não	0	0		

Como se pode deduzir, desde já, existiram vantagens para os profissionais advindas da formação. Foi pedido aos profissionais que identificassem os aspectos positivos da formação. Na análise dos dados foram identificadas três categorias (Tabela 2): Vantagens na relação com a criança, na intervenção a nível da dor da criança e a nível da ansiedade desta.

Verifica-se que o número mais elevado de unidades de análise (52.38%), diz respeito à categoria de intervenções no nível da dor. Pode assumir-se que foi a este nível que a formação teve maior impacto. Observa-se que a formação contribuiu para clarificar a eficácia do Brinquedo Terapêutico e para que estes enfermeiros o introduzissem na sua prática: “Contribui para a utilização do BT e clarificou a sua eficácia na diminuição da dor”. Para além disso foi, também importante, para a introdução de outras estratégias para o alívio da dor da criança: “Contribui para a implementação de estratégias para o alívio da dor”. Foi, ainda, referida como importante, para a valorização da dor e para a implementação de estratégias que visem o alívio da dor. Veio, ainda, reforçar a importância do BT na relação com a criança e família, contribuir para a redução do medo e para a tranquilização da criança.

Tabela 2: Aspectos positivos da formação “Utilização do Brinquedo Terapêutico na Preparação para a Vacinação em Crianças em Idade Pré-escolar”

Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Relação com a Criança	“Reforçou a importância do BT no contacto com a criança.” Q9, Q16 #2	4	19.05
	“Melhorou a relação criança/enfermeiro.” Q14 #1		
	“Ajudou a diminuir o desconforto dos pais.” Q14 #1		
Intervenção no nível da dor	“Melhorou a abordagem á dor.” Q10 #1	11	52.38
	“Contribui para a utilização do BT e clarificou a sua eficácia na diminuição da dor.” Q10, Q11, q14, Q15 #4		
	“Contribui para a valorização da dor da criança” Q12 #1		
	“Contribui para a implementação de estratégias para o alívio da dor” Q12, Q13 #2		
Intervenção no nível de ansiedade	“Contribui para a redução do medo.” Q11, Q14, Q16 #3	6	28.57
	“Acalma a criança.” Q11, Q14, Q16 #3		
Total		21	100

Nas razões apontadas pelos profissionais que não avaliam de forma sistemática a dor, antes da formação, são identificadas três categorias: de “tempo”, “procedimentos” e “registos”, após a formação desaparece a categoria dos “procedimentos” (Tabela 3).

Na fase anterior à formação, 60% das opiniões obtidas apontam o tempo como causa da não avaliação da dor: “Falta de tempo.”, “Curto espaço de tempo entre a consulta de enfermagem e a consulta médica”; depois da formação, a falta de tempo continua a ser indicada como causa para não avaliar a dor.

Em relação à categoria de registos, aparece também nos dois momentos, no entanto, enquanto que antes da formação há referencia de impossibilidade de registo da avaliação da dor, depois da formação, a referência indica que esse registo não pode ser realizado de maneira uniforme e refere a inexistência de escalas no sistema informático SAPE.

Na realidade, a hipótese de registar a dor existe no programa. Pode ser identificado o “foco” dor e a intervenção “*Avaliação da dor*” também é sugerida pelo programa; o desconhecimento deste facto está, provavelmente, relacionado com facto, de não existir nenhuma norma que oriente para a forma de registar os procedimentos relacionados com a avaliação da dor e uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Com a actualização da norma de vacinação (Apêndice IV) que consta do “Guia de Boas Práticas de Vacinação” a norma, que diz respeito à vacinação de crianças com 5/6 anos, passa a integrar, não só, as intervenções a realizar, mas também a forma de as registar no SAPE (ver Apêndice IV) remetendo para utilização da escala das faces. Para além disso, o tipo de escala a utilizar em cada Situação está definido na Circular normativa: “*A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*” (DGS, 2003).

Tabela 3: Motivos da não avaliação da dor de forma sistemática

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Procedimentos	“São raros os procedimentos que provocam dor.” Q4, #1	1	20
	Tempo	“Falta de tempo.” Q5, Q7, #2 “Curto espaço de tempo entre a consulta de enfermagem e a consulta médica” Q5, #1	3	60
	Registos	“O registo informático não contempla a avaliação da dor.” Q8, #1	1	20
Total			5	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Tempo	“Falta de tempo.” Q13, Q16 #2	2	66.67
	Registos	“O sistema informático de registo não permite um registo uniforme. Não possui as escalas de avaliação da dor” Q16 #1	1	33.33
Total			3	100

No que se refere aos métodos de avaliação da dor, as unidades de análise identificadas podem agrupar-se em três categorias, antes da formação e em duas após a formação (Tabela 4).

Antes da formação identificam-se as categorias: “Observação da expressão facial”, “comportamento geral” e a categoria de “Escala de avaliação da dor”, com maior expressão (56.25% das unidades de análise encontradas).

Depois da formação, a categoria de “Observação da expressão facial” desaparece, mantendo-se com maior expressão a categoria de “Escala de avaliação da dor”, no entanto, enquanto que antes da formação são referidas diferentes escalas, neste segundo momento, referem só a Escala das Faces que se adequa a este grupo etário. É importante aqui mencionar, que nos questionários aplicados depois da formação, duas das respostas a esta questão foram invalidadas, uma vez que responderam sobre as estratégias de alívio da dor em vez de métodos de avaliação da dor, provavelmente, pela sugestão do tema e da formação.

Numa primeira observação pode parecer que houve uma focalização na utilização das Escalas de avaliação de dor, deixando para segundo lugar a observação da criança, no entanto, como refere o Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2008: pag.15) deve-se “*Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor*”, desde que seja assegurada a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa. Segundo Craig (2002), a escala de análogo linear que inclui expressões faciais a cada extremo de uma linha horizontal é bastante utilizada nesta etapa do desenvolvimento.

Tabela 4: Métodos para avaliação da dor em crianças com 5/6 anos

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Observação da Expressão facial	“Observação da face.” Q1 #1	3	18.75
		“Observação da expressão facial” Q3, Q8 #2		
	Comportamento geral	“Observação do comportamento e atitudes” Q1, Q8 #2	4	25
		“Choro” Q3 #1		
		“Avaliação geral da criança” Q4 #1		
	Escala de avaliação de dor	“Escala de Dor” Q1, Q2 #2	9	56.25
“Escala numérica” Q2, Q5 #2				
Total		“Escala das Faces” Q2, Q3, Q5, Q6, Q7 #5	16	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Comportamento geral	“Observação do comportamento” Q14 #1	2	25
		“Choro” Q14 #1		
	Escala de avaliação de dor	“Escala das faces” Q10, Q11, Q13, Q14, Q15, Q16 #6	6	75
Total			8	100

Dentro das respostas obtidas à questão “*Que estratégias não farmacológicas utiliza, habitualmente, para o alívio da dor na criança?*”, identificaram-se várias unidades de análise que se agruparam em três categorias: “Estratégias cognitivas”, “biofísicas” e “comportamentais”. Este aspecto está em consonância com a bibliografia consultada, pois, como nos diz Eller (2006), as técnicas não farmacológicas mais utilizadas são, de acordo com vários autores, agrupadas em *biofísicas, cognitivas e comportamentais*.

Como se pode observar na Tabela 5, dentro da categoria “Estratégia cognitivas” antes da formação, os enfermeiros da USF Lusitana referiram que utilizam a conversa sobre assuntos adequados à idade, a distração, a explicação dos procedimentos e dos objectivos da vacinação, como estratégias habitualmente usadas. Há ainda referência à importância de não enganar a criança. Após a formação surgiram outras estratégias como a utilização da “*imaginação guiada*” e “*desmistificação dos medos*”.

Em relação às estratégias biofísicas, a aplicação de frio mantém-se uma referência constante nos dois momentos de aplicação do questionário. No entanto “o *toque terapêutico*”, referido antes da formação, deixa de o ser na aplicação do questionário, neste segundo momento, surge, no entanto, uma nova unidade de análise “ambiente tranquilo”. A estimulação cutânea, onde se inclui o toque terapêutico e a aplicação local de frio é amplamente defendida por vários autores, como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor (ELLER, 2006; LEMOS, 2009; SILVA, 2007; QUEIROZ, 2009; PIMENTEL, 1992). A manutenção de um ambiente calmo, é também, defendida por muitos autores (ELLER, 2006; QUEIROZ, 2009).

Nas estratégias comportamentais, verifica-se um aumento na referência ao uso do Brinquedo Terapêutico, após a formação. Para além desta estratégia, o recurso a actividades lúdicas, é referido como estratégia já utilizada antes da formação e que se continua a manter.

“*Pedir a colaboração da criança no procedimento*” é mencionado antes da formação mas não o é depois. Este facto pode estar relacionado com o uso do Brinquedo Terapêutico, uma vez, que com esta estratégia, a criança é imediatamente envolvida no procedimento.

Em relação à unidade de análise “*dar um doce*”, que surge só no questionário aplicado após a formação, apesar das vantagens defendidas na literatura para o uso de glicose na fase neonatal, não se encontra nenhuma referência a esta prática para esta idade.

Assim, supõe-se que a formação ajudou na implementação do uso do Brinquedo Terapêutico, mas, a tendência actual aponta para o aumento desta estratégia na prática de enfermagem, pois os enfermeiros têm vindo de forma gradual, a implementar o uso do brinquedo terapêutico na sua prestação de cuidados a crianças (MAIA, 2008).

Tabela 5: Estratégias não farmacológicas habitualmente utilizadas para o alívio da dor na criança

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Estratégias cognitivas	“Conversar, assuntos adequados á idade” Q1, Q3, Q4, Q7 #4	11	47.83
		“Distrair a criança” Q2, Q4, Q7 #3		
		“Explicar os objectivos da vacinação” Q5 #1		
		“Explicar os procedimentos” Q6, Q7 #2		
	Estratégias biofísicas	“Não enganar a criança” Q6 #1	4	17.39
		“Toque Terapêutico” Q3 #1		
	Estratégias comportamentais	“Aplicação local de frio” Q1, Q5, Q8 #3	8	34.78
“Uso de actividades lúdicas” Q3, Q6 #2				
Total	“Pedir a colaboração da criança no procedimento” Q7, Q8 #2	23	100	
		“Utilização do Brinquedo Terapêutico” Q2 #1		
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Estratégias cognitivas	“Explicar os procedimentos” Q11, Q13, #2	7	35
		“Desmistificar medos” Q11 #1		
		“Distrair a criança” Q14, Q15, Q16 #3		
	Estratégias biofísicas	“Imaginação guiada” Q12 #1	4	20
		“Aplicação local de frio” Q9, Q10, Q16 #3		
	Estratégias comportamentais	“Ambiente Calmo e tranquilo” Q13 #1	9	45
		“Uso de actividades lúdicas” Q11, Q14, Q16 #3		
Total	“Oferecer um doce” Q10 #1	20	100	
		“Utilização do Brinquedo Terapêutico” Q9, Q10, Q11, Q12, Q15 #5		

Ao analisar-se a Tabela 6, verifica-se que todas as unidades de análise encontradas revelam que os enfermeiros da população consideram a existência de dor durante a vacinação, quer antes, quer depois da formação.

O fenómeno doloroso possui dois componentes: um que discrimina o estímulo doloroso em relação ao tempo, espaço e intensidade, chamado de perceptivo-discriminativo (componente sensorial); e outro que atribui emoções à experiência dolorosa, sendo responsável pelas respostas comportamentais à dor (componente motivacional) (ALMEIDA, 2004).

Algumas das unidades análises, encontradas, remetem para a componente sensorial da dor, a dor física relacionada com o procedimento invasivo (injecção intramuscular), podendo ser influenciada por factores externos como: o facto de a criança ser ou não preparada para o procedimento, (que é referida tanto antes como depois da formação) e o facto de serem utilizadas, ou não, medidas de alívio da dor. Outras unidades de análise remetem para a componente motivacional da dor, que está relacionada com factores estranhos ao procedimento, como a experiência anterior de dor e o medo.

É interessante o facto de se encontrar uma unidade de análise, referente a experiências anteriores de dor, pois demonstra, não só, que há um cuidado com a história de dor da criança, como também, um conhecimento actualizado sobre os factores que interferem na dor. Rico (1995) e Anand (2000) descrevem a existência de uma relação entre a dor sentida e outras experiências anteriores de dor.

A alusão à dor, associada à imagem das agulhas e seringas, é também justificada na literatura, pela fase de desenvolvimento em que se encontram estas crianças. Assim, qualquer procedimento que envolva a utilização de agulhas provoca tensão na criança, principalmente na idade pré-escolar (RIBEIRO, 2001). Como não tem noção dos limites corporais, ao sentir a agulha romper a pele, imagina que o conteúdo do seu corpo possa extravasar para o exterior (SALGADO, 2002).

Tabela 6: A Vacinação como um momento de dor

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Dor associada ao procedimento	"Na maioria dos casos representa um procedimento doloroso" Q1, Q5 #2	7	58.33
		"Existe sempre" Q2, Q4 #2		
		"é uma dor momentânea" Q8 #1		
		"Sempre que a criança não é devidamente informada e preparada" Q3, Q6 #2		
	Dor associada a outras causas	"Associada a experiências anteriores de dor" Q2, Q4, Q7 #3	5	41.67
		"Associada ao medo" Q4 #1		
	"Associada à imagem das seringa e agulhas" Q7 #1			
Total			12	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Dor associada ao procedimento	"Sempre se não forem aplicadas medidas de alívio da dor" Q10, Q11 #2	6	60
		"Sempre se não for preparada por pais e profissionais" Q11, Q14, Q16 #3		
		"Sempre" Q13 #1		
		"é uma dor momentânea" Q16 #1		
	Dor associada a outras causas	"Pelo facto de serem imobilizadas" Q12 #1	4	40
		"associada à imagem de seringas e agulhas" Q9, Q12, Q15 #3		
Total			10	100

Na administração de vacinas, o recurso a estratégias não farmacológicas, para controlar e aliviar a dor, é uma prática comum entre os enfermeiros da USF-Lusitana, como se pode observar na Tabela 7. Este facto verifica-se agora e já se verificava antes da realização da formação, como é notório pela análise da tabela seguinte.

Nesta questão, os resultados obtidos são semelhantes aos que se obtiveram na utilização deste tipo de estratégias para o alívio da dor em geral da criança (Tabela 5). Foram encontradas as mesmas categorias e a utilização do Brinquedo Terapêutico aumenta, igualmente, do primeiro para o segundo momento de aplicação do questionário.

No entanto, no caso da vacinação, verifica-se uma predominância das unidades de análise na categoria das estratégias cognitivas sobre as outras categorias, antes da formação, que, apesar de manter após a formação, se aproxima mais da categoria de estratégias comportamentais, o que estará, provavelmente, relacionado com o aumento da utilização do Brinquedo Terapêutico.

Tabela 7: Estratégias que os enfermeiros costuma utilizar para prevenir a dor das crianças com 5/6 anos quando administra vacinas

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Estratégias cognitivas	“Explicar os procedimentos” Q1, Q2, Q6, Q7 #4	19	70.37
		“Conversar assuntos adequados á idade” Q2, Q3, Q4,Q6, Q7 #5		
		“Distrair a criança” Q2, Q3, Q4 #3		
		“Desmistificar a dor” Q1 #1		
	Estratégias biofísicas	“Não enganar a criança” Q6	2	7.41
		“Aplicação local de frio” Q5, Q8 #2		
Estratégias comportamentais	“Uso de actividades lúdicas” Q1, Q3, Q6 #3	6	22.22	
	“Pedir a colaboração da criança no procedimento” Q7, Q8 #2			
	“Utilização do Brinquedo Terapêutico” Q2 #1			
Total			27	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Estratégias cognitivas	“Explicar os procedimentos”Q9,Q13, Q14 #3	9	47.37
		“Conversar, assuntos adequados á idade” Q11, Q14, Q15 #3		
		“ Distrair a criança” Q14, Q15 #2		
		“Imaginação guiada” Q12 #1		
	Estratégias biofísicas	“Aplicação local de frio” Q10 #1	2	10.53
		“Ambiente acalmo e tranquilo” Q13 #1		
	Estratégias comportamentais	“Uso de actividades lúdicas” Q11, Q14, Q16 #3	8	42.10
		“Oferecer um doce” Q10 #1		
	“Utilização do Brinquedo Terapêutico” Q10, Q11, Q12, Q15 #4			
Total			19	100

Quanto aos motivos para a não utilização do Brinquedo Terapêutico (Tabela 8), convém referir que houve enfermeiros que se abstiveram de responder, três no questionário aplicado antes da formação e sete no que foi aplicado 3 meses depois da formação. Isto pode estar relacionado com o facto de os enfermeiros utilizarem o Brinquedo Terapêutico e portanto não poderem responder à questão “*Se não utiliza o Brinquedo Terapêutico no alívio da dor da criança, refira os motivos*” ou ao facto de apesar de não usar o Brinquedo terapêutico, não encontrarem motivos para essa forma de proceder.

Antes da formação, os motivos referidos agruparam-se em quatro categorias: tempo, formação, falta de resultados positivos e utilização de outras estratégias.

Em relação à categoria tempo, as unidades de análise encontradas apontam para a falta de tempo devido ao limite que está definido para cada consulta (em média 15 minutos para a vacinação e 20 para consulta de Saúde Infantil mais a vacinação). A unidade de análise “*Falta de tempo*” mantém-se mesmo após a formação, pois como referido continua a ser um factor que limita a correcta aplicação desta estratégia. No entanto, pensa-se que este obstáculo pode ser ultrapassado como se explicará mais à adiante neste estudo.

A categoria formação em que os enfermeiros assumem não possuir formação sobre o tema: “*Não tem formação sobre o tema*”, desaparece no questionário aplicado depois da formação, o que revela que a formação integrante deste trabalho foi valorizada por todos os elementos.

A categoria “falta de resultados positivos” revela que antes da formação alguns dos elementos que utilizaram o Brinquedo Terapêutico sentiram que esta não era uma estratégia eficaz: “Sem respostas vantajosas no alívio da dor, sempre que o BT foi utilizado”. Na bibliografia consultada não se encontrou nada que suporte esta citação, no entanto, Ribeiro (2001) refere que a criança, para utilizar o Brinquedo Terapêutico, deve estar em condições de brincar, isto é, não apresentar estado geral grave, estar consciente e integrada no ambiente; por outro lado, deve ser garantido o princípio da autonomia e esta estratégia só deve ser utilizada com o livre consentimento dos pais e da própria criança (SANTOS, 2000). Assim, a unidade de análise referida nesta categoria, após a formação, a “não colaboração da criança” vai de encontro ao que foi dito sobre o princípio da autonomia e, quando a criança não colabora, existem outras estratégias que podem ser utilizadas.

Tabela 8: Motivos para os enfermeiros não utilizarem o Brinquedo Terapêutico

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Tempo	“Falta de Tempo” Q5, Q7 #2 Curto espaço de tempo entre as consultas de Saúde Infantil de enfermagem e médicas” Q5 #1	3	50
	Formação	“Não tem formação sobre o tema” Q4 #1	1	16.67
	Falta de resultados positivos	“Sem respostas vantajosas no alívio da dor sempre que o BT foi utilizado” Q8	1	16.67
	Utilização de outras estratégias	“Uso do brinquedo apenas para actividades lúdicas” Q3 #1	1	16.66
Total			6	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Tempo	“Falta de Tempo” Q10 #1	1	50
	Falta de resultados positivos	“Não colaboração da criança” Q10 #1	1	50
Total			2	100

Ao analisar a Tabela 9, percebe-se que muitas das vantagens identificadas pelos enfermeiros, em relação à utilização do Brinquedo Terapêutico, se encontram já descritas na literatura. Convém referir que no questionário aplicado antes da formação, um dos enfermeiros não respondeu a esta questão.

As unidades de análise identificadas durante a análise qualitativa das respostas obtidas a esta questão, foram agrupadas em três categorias: “vantagens na relação enfermeiro/criança e família”, “vantagens para a criança” e “dor”, tendo surgido uma quarta categoria nas respostas na segunda aplicação do questionário, “vantagens no ambiente”.

Antes e depois da formação, o maior número de unidades de análise relaciona-se com as vantagens para a criança. Os enfermeiros mencionam vantagens nos dois momentos (antes e depois da formação), vantagens como: “*Tranquilizar e acalmar*”, “*compreende melhor o procedimento*” e “*distrai a criança*”. Todos estes aspectos estão comprovados pela bibliografia consultada. Pois, Maia (2008) refere que o uso do Brinquedo Terapêutico acalma a criança. Outros autores reconhecem que ajuda a criança compreender o que se passa e a esclarecer conceitos dúbios (MARTINS, 2001; RIBEIRO,

2001; KICHE, 2009). O uso do brinquedo com função recreativa para distrair a criança é, também apontado por Kiche (2009).

Outra vantagem referida, antes da formação, relaciona-se com maior aceitação e colaboração por parte da criança, esta ideia é apoiada por Kiche (2009).

Depois da formação, são referidas, ainda, como vantagens para a criança a promoção do bem-estar e da catarse; esta ideia vai de encontro aos resultados obtidos por Maia (2008) num estudo com enfermeiras que utilizam o Brinquedo Terapêutico na sua prática. Surge, ainda, como vantagem para a criança o controle do medo e da ansiedade. Vários autores identificam esta mesma vantagem (RIBEIRO, 2001, SALGADO, 2002; KICHE, 2009).

No que diz respeito às vantagens para a relação enfermeiro/criança e família, existe um número de unidades de análises mais elevado antes da formação quando comparados com o encontrado após a formação. No entanto todas apontam o Brinquedo Terapêutico como facilitador da relação; esta concepção é apoiada por Kiche (2009).

A nível da dor da criança, as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico estão, amplamente, descritas na literatura. Em vários estudos realizados, inclusivamente o que levou a esta investigação, apontam nesse sentido.

A percepção dos enfermeiros questionados sobre a sua experiência também reflecte a existência dessas vantagens. A noção de que existe uma relação entre a utilização desta estratégia e o alívio da dor, é indicado por expressões como: *“Diminui o sofrimento”*, *“Diminui a dor”* e *“Diminui as queixas”*.

A vantagem no ambiente, identificada pelos enfermeiros, após a formação, que o brinquedo *“alegra o ambiente”*, tinha já sido referida em 2008 num estudo realizado por Maia.

Tabela 9: Vantagens do Brinquedo Terapêutico identificadas pelo enfermeiro

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da Formação	Vantagens na relação enfermeiro/criança e família	“Maior interação com a criança” Q6 #1	1	10
		“Menor sofrimento para os pais e profissionais” Q7#1		
	Vantagens para a criança	“Tranquiliza e acalma” Q1, Q2 #2	8	80
		“Aumenta a tolerância e aceitação do procedimento” Q3 #1		
		“Compreende melhor o procedimento” Q2 #1		
Dor	“Criança mais colaborante” Q5, Q6, Q7 #3	1	1	
	“Distrai a criança” Q8 #1			
Total		“Menor sofrimento da criança” Q7 #1	10	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Depois da Formação	Vantagens na relação enfermeiro/criança e família”	“Aceita melhor o Enfermeiro”Q11, Q12,Q14, #3	4	16
		“Diminui o desconforto dos pais” Q15 #1		
	Vantagens para a criança	“Controla tensões, ansiedade e medo” Q9, Q11, Q13, Q15 #4	15	60
		“Compreende melhor o procedimento” Q10, Q12, Q14 #3		
		Tranquiliza e acalma”Q10, Q12, Q13, Q14 #4		
		“Promove catarse” Q11, Q12 #2		
		“Promove bem-estar” Q12 #1		
	Vantagens no ambiente	“Distrai a criança” Q16 #1	1	4
“Alegra o ambiente”				
Dor	“Diminui a dor”Q10, Q11, Q12, Q14 #4	5	20	
	Diminui as queixas” Q15 #1			
Total			25	100

Os inconvenientes do uso do Brinquedo Terapêutico, encontrados pelos enfermeiros antes da formação (Tabela 10), relacionavam-se principalmente, com o tempo, sendo esta desvantagem também apontada após a formação. Este aspecto foi já, anteriormente, apontado como motivo para a não utilização do Brinquedo Terapêutico. Como foi referido, então, existe, realmente, um limite de tempo médio para a realização da vacinação e da consulta de saúde infantil, no entanto, a literatura aponta para 10 minutos, como tempo médio, para a utilização desta estratégia, em situações com “*Injecção Intramuscular*” e vacinação (SANTOS, 2001). Assim, pensa-se que, fazendo algum esforço e gestão do tempo, pode superar-se este aspecto, referido como inconveniente.

Antes da formação, uma das desvantagens apontadas, era a inexistência de brinquedos em alguns serviços. “*Nem sempre existem brinquedos nos serviços*”. Na USF Lusitana, existem brinquedos com finalidade terapêutica na Sala de Vacinação desde Março de 2010. Para além disso, qualquer brinquedo pode ser terapêutico desde que usado com essa finalidade. Uma das vantagens referida por Martins (2001) é o facto do Brinquedo Terapêutico poder ser utilizado em qualquer local e por qualquer enfermeiro.

É de salientar que se verificou, antes da formação, a referência á não existência de desvantagens: “*Não se verifica inconvenientes*”, o mesmo não acontece no questionário aplicado após a formação. Ainda assim, três dos enfermeiros, não deram resposta a esta questão, nesta segunda fase.

Foram também identificados inconvenientes para a criança nos dois momentos de aplicação do questionário, expressos pelas seguintes enunciações: “A criança quer levar o brinquedo, acredita que lhe foi oferecido”, “Algumas crianças mostram-se assustadas ao ver a demonstração do procedimento com o brinquedo”, “Prolonga o sofrimento da criança” e “Nem sempre a criança colabora”. As desvantagens e inconvenientes do Brinquedo Terapêutico, não se encontram, amplamente, documentadas na literatura, no entanto, no que diz respeito à falta de colaboração da criança, impera, como aliás já foi referido, o direito da criança e da família, a usufruírem do princípio da autonomia. (SANTOS, 2000). Acrescenta-se ainda que, como aliás, foi referido, a criança, para utilizar o Brinquedo Terapêutico, deve estar em condições de brincar, isto é, não apresentar estado geral grave, estar consciente e integrada no ambiente.

Tabela 10: Inconveniente do Brinquedo Terapêutico identificados pelos enfermeiros

	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da formação	Materiais	“Nem sempre existem brinquedos nos serviços” Q1 #1	1	11.11
	Tempo	“ Exige mais tempo para a realização do mesmo procedimento” Q1, Q5, Q7 #3	3	33.33
	Reacção da criança	“A criança quer levar o brinquedo, acredita que lhe foi oferecido” Q8 #1	2	22.23
		“Algumas crianças mostram-se assustadas ao ver a demonstração do procedimento com o brinquedo” Q8 #1		
Não identifica inconvenientes	“ Não se verifica inconvenientes” Q2, Q3, Q6 #3	3	33.33	
Total			9	100
	Categorias	Unidades de análise	Nº	%
Antes da formação	Tempo	“Exige mais tempo para a realização do mesmo procedimento” Q9, Q12, Q13, Q15 #4	4	50
	Reacção da criança	“Nem sempre a criança colabora” Q10, Q15 #2	4	50
		“A criança quer levar o brinquedo, acredita que lhe foi oferecido” Q12 #1		
	“Prolonga o sofrimento da criança” Q16 #1			
Total			8	100

Em relação às questões de investigação, colocadas inicialmente, pode concluir-se que antes da formação o Brinquedo Terapêutico era de um modo geral positiva e que os enfermeiros identificavam um grande número de vantagens. No entanto o brinquedo terapêutico continuava a ser pouco utilizado.

Após a formação o número de enfermeiros que utiliza o Brinquedo Terapêutico aumentou, as unidades de análise que dizem respeito á vantagem da utilização dessa estratégia também aumentou, enquanto que o número de unidades de análise que diz respeito aos inconvenientes, diminui.

Pode-se portanto depreender que a formação teve algum impacto na percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação.

5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Pretende-se fazer desta conclusão, um ponto de reflexão sobre o estudo realizado, de modo a esboçar as conclusões obtidas, sempre com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões relacionadas com um tema tão vasto e complexo como a dor na criança.

Torna-se relevante salientar, que a bibliografia existente é consensual no que diz respeito à importância do brinquedo terapêutico como instrumento amplamente preconizado na prática de enfermagem, com função de auxiliar na preparação das crianças para procedimentos dolorosos.

Para tornar clara a análise dos resultados obtidos, convém enumerar alguns aspectos que permitam entender a percepção dos enfermeiros sobre a utilização do Brinquedo Terapêutico.

Sinteticamente, podemos caracterizar esta população, - a equipa de enfermagem - como uma equipe relativamente jovem, com idades compreendidas entre os 25 e os 46 anos, com elementos maioritariamente do sexo feminino e em que a média de tempo de serviço é de 13.13 anos, reduzindo para 10.63 quando se fala em tempo de serviço em Cuidados de Saúde primários.

Em relação à formação académica, todos os elementos são detentores de Licenciatura em enfermagem, existindo alguns enfermeiros Especialistas e com Grau de Mestre.

Verifica-se que fora do âmbito desta investigação, nenhum dos elementos frequentou recentemente formação sobre a dor pediátrica, no entanto já se verificava algum cuidado com a dor das crianças que veio a acentuar-se após a formação.

Assim, verifica-se que antes da formação apenas 50% avaliava a dor de forma sistemática e após a formação essa percentagem subiu para 75%. Antes 87.5% considerava-se apto para avaliar a dor, depois da formação todos se consideravam aptos para tal.

Verificou-se também um decréscimo nas unidades de análise identificadas após a formação para a não avaliação da dor, desaparecendo a que referia a existência de poucos procedimentos que provocam dor e a que referia que o sistema informático não consignava essa opção, o que revela que na formação e no período que decorreu até à segunda

aplicação do questionário, houve uma valorização da dor e um cuidado de analisar as opções existentes no SAPE para o registo da dor.

Nos métodos utilizados para avaliação da dor, após a formação, um grande número de enfermeiros passou a utilizar a Escala das Faces para realizar essa avaliação. Isto traduz que estes enfermeiros passaram a privilegiar o auto-relato da dor, realizado pelas próprias crianças que avaliam a sua dor, escolhendo a face que a traduz, permitindo uma quantificação dessa mesma dor.

Em relação ao facto de se considerar a vacinação um momento de dor verifica-se que todos os elementos da equipa de enfermagem, consideram a existência de dor durante a vacinação, quer antes, quer depois da formação.

Quanto às estratégias não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor da criança com 5/6 anos, quer numa qualquer situação de dor, quer na situação, específica da vacinação, notou-se um aumento significativo na utilização do Brinquedo Terapêutico. Pode-se assim pensar que a formação, de alguma forma, alterou a percepção dos enfermeiros sobre esta estratégia, que passou a integrar os cuidados realizados á criança nestas idades.

No que concerne ao Brinquedo Terapêutico, todos os enfermeiros que responderam a esta questão, identificaram vantagens antes e depois da formação. Vantagens essas que vão de encontro ao já descrito em estudos anteriores e que traduzem vantagens não só para a criança, mas também para a relação Enfermeiro/criança e família e vantagens na redução e alívio da dor. No entanto, após a formação, surge um maior número de unidades de análise, surge, inclusivamente, referência á vantagem do uso desta estratégia para alegrar o ambiente, o que denota uma maior atenção ao que se passa quando o Brinquedo Terapêutico é utilizado.

Em relação aos inconvenientes, verifica-se que, após a formação, um menor número de enfermeiros lhes fez referência. Os inconvenientes identificados estão principalmente relacionados com o tempo dispendido no procedimento e com a não colaboração da criança.

Numa tentativa de dar resposta às questões de investigação, colocadas inicialmente, pode concluir-se que antes da formação, a percepção dos enfermeiros sobre o Brinquedo Terapêutico era de um modo geral positiva e que os enfermeiros identificavam um grande número de vantagens. No entanto o brinquedo terapêutico continuava a ser pouco utilizado.

Após a formação, o número de enfermeiros que utiliza o Brinquedo Terapêutico aumentou, as unidades de análise que dizem respeito á vantagem da utilização dessa estratégia também aumentou, enquanto que o número de unidades de análise que diz respeito aos inconvenientes diminui.

Pode-se, portanto, depreender que a formação teve algum impacto na percepção dos enfermeiros sobre as vantagens do uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor nas crianças submetidas a vacinação.

Com base nesta investigação, foi proposta á equipa de enfermagem uma nova Norma de Boas Práticas para a vacinação das crianças com 5/6 anos (Apêndice IV), que depois de discutida foi aprovada em Reunião do conselho Técnico no dia 30 de Junho de 2011 e passou a vigorar na USF-Lusitana.

Ao reflectir sobre o trabalho desenvolvido acredita-se que os objectivos, inicialmente propostos, foram atingidos, uma vez que foi analisada a percepção que a equipa tinha sobre as vantagens da utilização do Brinquedo Terapêutico e as alterações que essa percepção teve após a intervenção formativa realizada no âmbito desta investigação.

A reflexão em equipa sobre o tema aconteceu, ainda durante a formação realizada e, posteriormente, quando foi proposta a implementação da nova norma; por fim, a Norma de Boa Prática, com a utilização do Brinquedo Terapêutico foi aprovada, em reunião do Conselho Técnico, no dia 30 de Junho de 2011, e consta agora do Guia de Boas Práticas de Vacinação da USF-Lusitana.

Para finalizar, salienta-se e recomenda-se o uso do brinquedo terapêutico não só na nossa Unidade, mas em todas instituições onde a criança necessite de cuidados de enfermagem. Para isso, torna-se necessário sensibilizar e preparar as equipas de enfermagem a trabalhar nestes serviços, para a utilização deste instrumento, nas diferentes intervenções de enfermagem. Pelo que se sugere o alargamento deste trabalho a outras unidades para que esta “Boa Prática” passe a ser uma realidade para todas as crianças que serão submetidas a vacinação.

Muito ainda há a pesquisar sobre este tema e um longo caminho está para percorrer, até que, esta estratégia esteja, fortemente, implementada no cuidado de enfermagem á criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T.F.; ROIZENBLATT, S.; TUFIK, S. **Afferent pain pathways: a neuroanatomical**; review BrainResearch, V.1000, n.1-2, p.40-56, Mar. 2004

AZEVEDO, D.M.; SANTOS, J.J.S.; JUSTINO, M.A.R.; MIRANDA, F.A.N.; SIMPSON, C.A. - **O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(1):137-144. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>

CASTRO, A. S.; SILVA, C. V.; RIBEIRO, A. C.; **Tentando readquirir o controle: A vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia**. Ver. Latino-am. Enfermagem; Setembro- Outubro, 2004; 12 (5): 797-805.

CRAIG, K.D.; KOROL, C.; PILLAI, R. - **Challenges of judging pain in vulnerable infants**. Clin Perinatolol, v.29, p.445-57, 2002.

COLLIERE, M. F. **Promover a vida**. SEP. Lisboa, 1989

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, Circular Normativa nº9/DGCG, **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**, 14 de Junho de 2003.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, Circular Normativa Nº 08/DT, **Programa Nacional de Vacinação 2006. Orientações Técnicas**; 21 de Dez. de 2005.

ELER, Gabrielle Jacklin; JAQUES, André Estevam. **O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor**. Arquivo Ciências Unipar, Umuarama, vol.10 n.º3. p.185-190, Set.-Dez. 2006. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>

FORTIN, Marie-Fabienne; **O Processo de Investigação: da Concepção à realização**. Tradução de Nídia Salgueiro. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2006; ISBN: 972-8383-10-X.

FRANCK L. S.; GREENBERG, C. S.; STEVENS, B.; **Pain assessment in infants and children**. in **Acute Pain in Children** – Pediatr. Clin. North Am. 2000; 47: 487-512.

GOODENOUGH, B.; KAMPEL, L.; CHAMPION, G.D. et al; **An investigation of the placebo effect and age-related factors in the report of needle pain from venipuncture**; In: children. Pain 1997; 72:383-91.

IMPERATORI, Emílio – **Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde: Glossário**. Lisboa: Edinova, 1999.

KICHE, Mariana Toni, ALMEIDA, Fabiane de Amorim; **Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças**; Acta Paul Enfermagem; 22(2)125-30; 2009.

LEMOS, S.; MIGUEL, E. **Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica**. Ciência, Cuidado e Saúde, Brasil, 7 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6570/3889>>.

MAIA, E.B.S.; RIBEIRO, C.A.; BORBA, R.I.H.; **Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial á criança e á família**; Ver. Gaúcha de Enfermagem; Porto Alegre (RS) 29(1), pag. 39 a 46; Março 2008

MARTINS, Maria do Rosário; RIBEIRO, Circéa Amalia; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de y SILVA, Conceição Vieira da. **Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2001, vol.9, n.2 [citado 2010-02-26], pp. 76-85 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-1169.

MCGRATH, P. J.; McALPINE, L. **Psychologic perspectives on pediatric pain**. J. Pediatr., St. Louis, v.122, n.5, Pt 2 S2-8, 1993.

MELZACK, R.; KATZ, J.; **Pain measurement in persons inpain**. In: WALL, P.; MELZACK, R. *Textbook of Pain*. 3.ed.Edinburgh: Churchill Livingston, v.18, 1994. p.337-51.

ORDEM DOS ENFERMEIROS; **Dor Guia orientador de boa prática**; 2008

PIMENTEL, Carlos J.- **A dor na criança**. Divulgação nº24, Outubro, 1992, p.19-21

.QUEIROZ, Fernanda Cristina et al. **Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado**. *Revista brasileira enfermagem*. [online]. 2007, vol.60, n.1 [cited 2009-11-17], pp. 87-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100016&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672007000100016.

REGULAMENTO Nº122/2011, **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. D.R. 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011

RIBEIRO P.J.; SABATÉS A.L.; RIBEIRO C.A. ;**Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue**; Ver. Esc. Enfermagem USP, 35(4): 420-8; 2001

SALGADO, A.M. Souza; Maranhão, Damaris Gomes; **Uso e benefícios do Brinquedo em procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde**; Ver. De Enfermagem UNISA, nº 3, pag.5 a 7;2002

SANTOS, L.M.C.N.; BORBA, R.L.; SABATÉS, A.L.A.; **Importância do preparo da criança pré-escolar para injeção intramuscular com uso do brinquedo**. Acta Paul Enfermagem; V. 13, nº2; Maio/Agosto, 2000.

SILVA, L.R.A. **Utilização do brinquedo terapêutico na prescrição da assistência de enfermagem pediátrica**; Texto e Contexto de Enfermagem; Volume 7; nº 3; pag. 96 a 105, Setembro/Dezembro,1998.

SILVA, Esther Almeida da; CORRÊA NETO, Josué Lopes; FIGUEIREDO, Maria Cecília; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. **Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas**. [Comunicação ciência saúde](#); Vol. 18 n.º 2: p.157-166, Abr.-Jun. 2007.

TUCKMAN, Bruce – **Manual de Investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação**. 4ªed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000

VALA, Jorge - **Análise de Conteúdo**. IN Silva, Augusto Santos; PINTO, JoséMadureira - **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 1986. ISBN 9789723605037, pag: 101-119.

APÊNDICE I – GUIA DE BOAS PRÁTICAS DA VACINAÇÃO – USF-LUSITANA

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO “UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA VACINAÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR”

**APÊNDICE IV – NORMA DE VACINAÇÃO A CRIANÇAS COM 5/6 ANOS –
ACTUALIZADA –**

**ANEXO I – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE PERTENCER Á EQUIPA
COORDENADORA DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO**

ANEXO II – DECLARAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO “GUIA DE BOAS PRÁTICAS EM VACINAÇÃO – USF-LUSITANA –

ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE “A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO PARA A VACINAÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR