



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na urgência pediátrica em crianças dos 2 aos 12 anos**

Sara Isabel Marques Pimentel

Fevereiro 2022



# **Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em urgência pediátrica em crianças dos 2 aos 12 anos**

Sara Isabel Marques Pimentel

## **Estágio com Relatório Final**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professor Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa



## **Agradecimentos**

A realização de todo este percurso formativo só foi possível devido ao apoio e incentivo de pessoas a quem serei eternamente grata.

Aos meus colegas e amigos que me acompanharam durante toda esta jornada formativa, por nunca me deixarem desanimar e tornarem mais alegre os meus dias. Juntos vencemos os obstáculos a sorrir.

À minha família por todo o apoio de retaguarda, pela compreensão nos momentos de ausência e pela força impulsionadora nos momentos de cansaço e desânimo.

À professora Graça Aparício, pela orientação, apoio, compreensão e disponibilidade.

E às crianças e suas famílias com quem trabalho diariamente, pois foi na perspetiva de melhor cuidar que me propus a este desafio.

A todos muito obrigada.



## Resumo

**Enquadramento:** O processo de desenvolvimento de competências neste período de formação avançada teve como temática central a dor, considerada uma das mais importantes causas de sofrimento mundial, devendo a sua gestão ser encarada como uma prioridade de todos os enfermeiros. Esta exige competências especializadas e autónomas, com abordagem e recurso de forma sistemática a técnicas não farmacológicas. Estas são intervenções autónomas e seguras, sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua prescrição, execução e avaliação, permitindo uma melhoria da qualidade dos cuidados e um reconhecimento da importância do enfermeiro especialista para uma prática diferenciadora.

**Objetivos:** Descrever o percurso formativo realizado em contexto de prática clínica; refletir sobre as competências científicas, técnicas e humanas desenvolvidas à luz de referenciais teóricos de enfermagem e da temática central definida; identificar boas práticas não farmacológicas no alívio da dor em contexto de urgência pediátrica, pela realização de uma revisão *scoping*.

**Metodologia:** Foi efetuada uma *scoping review*, baseada no modelo do Instituto Joanna Briggs® (2017). Os motores de busca científica utilizados foram PubMed, B-ON e CINAHL Complete. Para limitar a procura de estudos, foram selecionados os idiomas em português, inglês e espanhol com data de publicação entre 1 janeiro de 2015 e maio de 2021. Dos 62 estudos foram incluídos 5 tendo por base os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

**Resultados:** Os estudos evidenciam que a avaliação e tratamento da dor em contexto de urgência pediátrica não é efetuado de forma sistemática. Como estratégias mais utilizadas, destacaram-se as técnicas de distração diversas, tais como a música, o Buzzy, o shotbloker, os exercícios de respiração, as técnicas de soprar bolhas de sabão; respeitar a presença e o envolvimento dos pais, nomeadamente no pegar ao colo ou nas carícias; o posicionamento; uso da hipnose; dos doutores palhaços; o ambiente físico e o uso da amamentação e da sacarose e o uso de sacos de calor e frio.

**Conclusão:** A prática dos enfermeiros deve assentar em evidências científicas e em recomendações para a prática atuais. Este trabalho mapeou estudos afim de sintetizar as estratégias não farmacológicas de alívio da dor mais utilizadas em contexto de urgência pediátrica. Não sendo um estudo para avaliar a eficácia das mesmas, pretende despertar para a necessidade de se criarem protocolos de utilização, como forma de uniformizar cuidados nesta área e melhorar a qualidade dos cuidados com vista a uma prática de excelência.

**Palavras-Chave:** Prática baseada na evidencia; Conhecimento; Especialização; Cuidados de Enfermagem; Dor; Criança; Criança em idade pré-escolar; Emergência Pediátrica



## Abstract

**Background:** The process of developing skills in this period of advanced training had pain as its central theme, considered one of the most important causes of suffering worldwide, its management should be seen has a priority to all nurses. Pain demands specialized and autonomous competencies with a systematic approach using non-pharmacologic techniques. These are autonomous and safe interventions, where the nurse is responsible for its prescription, implementation and assessment, enabling an improvement of the care quality and the recognition of the importance of the specialist nurse for a specialized practice.

**Objectives:** To describe the formative process carried out in clinical practice context; to reflect on the scientific, technical and human competencies developed according with the theoretic nursing references and the defined central theme; to identify good non-pharmacologic practices to relief pain in context of paediatric emergency, using a *scoping* review.

**Methods:** A *scoping* review was performed based on the Joanna Briggs® Institute model (2017). The scientific research was carried out using PubMed, B-ON and CINAHL Complete. To limit the studies search, Portuguese, English and Spanish languages with a publication date between 1<sup>st</sup> of January 2015 and May 2021 were selected. Of the 62 studies, 5 were included based on the previously established inclusion criteria.

**Results:** Studies show that pain assessment and treatment in paediatric emergency context is not performed in a systematic way. As strategies were emphasized several distraction techniques, such as music, Buzzy, shotbloker, breathing exercises, soap bubbles blowing techniques; the respect of the presence and involvement of parents, in particular holding the child in their arms or cuddling; the positioning; the use of breastfeeding and sucrose; and the use of heat and cold bags.

**Conclusions:** Nursing practice must be based on current scientific evidences and practice recommendations. This work mapped studies in order to synthesize the non-pharmacologic pain relief strategies most used in paediatric emergency context. Not being a study to evaluate its effectiveness, this served only to identify those that are used in this context, serving as a guideline for which are the most used non-pharmacologic strategies in paediatric emergency context, emphasizing the need to develop protocols of use in order to standardize care in this setting enabling the improvement of the quality of care and the practice of excellence.

**Keywords:** Evidence based practice; Knowledge; Specialization; Nursing Care; Pain; Child; Pre-school age child; Paediatric Emergency



## Sumário

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>13</b>
<b>Lista de quadros</b>	<b>15</b>
<b>Lista de siglas</b>	<b>17</b>
<b>Introdução</b>	<b>17</b>
<b>Parte I – Desenvolvimento de competências especializadas</b>	<b>21</b>
<b>1.- Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica</b>	<b>23</b>
<b>2.- Descrição e análise reflexiva do percurso formativo</b>	<b>25</b>
2.1 Estágio de pediatria	27
<b>2.1.1 Análise reflexiva</b>	<b>27</b>
2.2 estágio de saúde infantil e familiar	40
<b>2.2.1 Análise reflexiva</b>	<b>40</b>
2.3 estágio de neonatologia	52
<b>2.3.1 Análise reflexiva</b>	<b>52</b>
<b>Parte II – Estudo empírico</b>	<b>63</b>
<b>3.- Enquadramento teórico</b>	<b>65</b>
3.1 Concetualização da dor	65
3.2 A vivência de dor na criança	66
3.3 Avaliação da dor na criança	68
3.4 Intervenções de alívio e controlo da dor na criança	71
<b>3.4.1 Estratégias não farmacológicas de alívio da dor</b>	<b>72</b>
3.5 A criança com dor em contexto de urgência pediátrica	79
<b>4.- Metodologia</b>	<b>81</b>
4.1 Tipo de estudo:	81
4.2 Formulação da questão de investigação	82
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	83
4.4 Estratégias de localização dos estudos	84

4.5	Extração dos dados	91
<b>5.-</b>	<b>Apresentação e discussão dos resultados</b>	<b>101</b>
	<b>Conclusão</b>	<b>109</b>
	<b>Referências bibliográficas</b>	<b>111</b>
	<b>Anexos</b>	<b>125</b>
	<b>Anexo I – Projeto de estágio em saúde infantil e pediátrica: realizado na unidade de cuidados intensivos pediátricos– objetivos pessoais</b>	<b>127</b>
	<b>Anexo II – Projeto de estágio em saúde infantil e familiar: realizado em cuidados de saúde primários – objetivos pessoais</b>	<b>133</b>
	<b>Anexo III - Projeto de estágio de neonatologia – unidade de cuidados intensivos neonatais – objetivos pessoais</b>	<b>137</b>
	<b>Anexo IV – Folheto: dor na criança: informação aos pais</b>	<b>141</b>
	<b>Anexo V – Sessão sobre a sacarose: protocolo de utilização de sacarose a 24% na prevenção e alívio da dor no lactente em procedimentos dolorosos</b>	<b>145</b>
	<b>Anexo VI – Apresentação do trabalho: a dor em idade pediátrica</b>	<b>149</b>
	<b>Anexo VII – Folheto sobre: amamentação e prematuridade</b>	<b>189</b>
	<b>Anexo VIII – Tabela de artigos excluídos após aplicação do teste de relevância I</b>	<b>193</b>
	<b>Anexo IX – Tabela de artigos excluídos após aplicação do teste de relevância II</b>	<b>199</b>

## **Lista de figuras**

Figura 1: Diagrama de seleção dos estudos

90



## Lista de quadros

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos	83
Quadro 2: Estratégias de pesquisa, Bases de dados e publicações encontradas	85
Quadro 3: Teste de relevância I	86
Quadro 4: Teste de relevância II	88
Quadro 5: Aplicação do Teste de Relevância II aos artigos	89
Quadro 6: Síntese da evidência relativa ao estudo de Abouzida Soulaima, Bourgault Patrícia, e Lafrenay Sylvie (2020) Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given...	92
Quadro 7: Síntese da evidência relativa ao estudo de Gamze Yilmaz, Dilek Küçük Alemdar (2019). Using Buzzy, Shotblocker, and Bubble Blowing in a pediatric emergency department do reduce the pain and fear caused by intramuscular injection: A randomized controlled trial	94
Quadro 8: Síntese da evidência relativa ao estudo de Samina Ali, Tara McGrath, Amy Drendel (2016) An evidence-based approach to minimizing acute procedural pain in the emergency department and beyond	96
Quadro 9: Quadro 9 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Capua Tali, Kama Zohar Bar, Rimon Ayele (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety	97
Quadro 10: Síntese da evidência relativa ao estudo de Dilek Sönmez Sağlık e Seda Çağlar (2019). The Effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department	99
Quadro 11: Síntese narrativa da apresentação dos resultados encontrados nos estudos	101



## Lista de siglas

APA	American Psychological Association
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EDIN	Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EN	Escala Numérica
EVA	Escala Visual Analógica
Ex	Exemplo
Fig.	Figura
FLACC	Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability
FLACC-R	Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Revised
FMS	Fortificante Leite Materno
FPS-R	Faces Pain Scale – Revised
GOBP	Guia Orientador de Boa Prática
IAC	Instituto de Apoio à Criança
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
ICN	International Council of Nurses
IM	Intramuscular
INE	Instituto Nacional de Estatística
JBI	Joanna Briggs Institute
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS	Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PENPCD	Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
PIPP	Premature Infant Pain Profile
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-Nascido
RN	Recém-nascido (s)
RNPT	Recém-nascido Pré-Termo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TOT	Tubo Orotraqueal
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UCIRN	Unidade de Cuidados Intensivos de Recém-nascidos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
USF	Unidade de Saúde Familiar

## Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final, e surge no decorrer do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMESIP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu (ESSV).

A elaboração do presente documento permite sintetizar, refletir e consolidar os conhecimentos adquiridos para o desenvolvimento de novas aptidões e competências focadas nas especificidades do enfermeiro especialista, nas competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e competências de Mestre em Enfermagem.

A elaboração do presente documento tem como objetivos:

- Descrever o percurso formativo realizado em contexto de prática clínica;
- Refletir sobre as competências científicas, técnicas e humanas desenvolvidas à luz de referenciais teóricos de enfermagem e da temática central definida;
- Identificar boas práticas não farmacológicas no alívio da dor em pediatria, em contexto de urgência, pela realização de uma revisão *Scoping*, contribuindo para uma prática baseada em evidências.

O percurso realizado permitirá, no futuro, uma abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados, que consinta dar resposta aos processos de crescimento, desenvolvimento, e à maximização da sua saúde. Permite também o desenvolvimento, mobilização e incorporação de competências científicas, técnicas e humanas diferenciadas que contribuirão para um melhor planeamento, execução e gestão do plano de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade. A prestação de cuidados de saúde especializados aumenta a qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente a satisfação de quem os recebe.

Como referencial para o desenvolvimento de todo o percurso formativo, tive por base os objetivos traçados para este ciclo de estudos de especialização e mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o regulamento de competências comuns e

específicas do enfermeiro especialista em EESIP e os Padrões de qualidade do Enfermeiro EESIP.

A escolha do tema central está relacionada com o fato de trabalhar num serviço de urgência pediátrica de um hospital central e pretender uma temática transversal a todos os campos de estágio, pertinente e atual e que se refletisse também na minha atividade profissional diária. Contribuiu também para a escolha, o facto de no meu local de trabalho fazer parte do grupo responsável pela melhoria contínua no âmbito da gestão da dor, daí ter um forte interesse e motivação para o desenvolvimento de aptidões e conhecimentos específicos na área.

A dor é considerada uma das mais importantes causas de sofrimento mundial, sendo que o seu controlo deve ser encarado como uma prioridade de todos os enfermeiros. Esta deve ser encarada como um fenómeno universal e subjetivo que exige dos enfermeiros competências especializadas uma vez que só com conhecimento, é possível o recurso a técnicas não farmacológicas de forma sistemática. Estas são intervenções autónomas, sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua prescrição, execução e avaliação e o seu uso adequado permite uma melhoria da qualidade dos cuidados e um reconhecimento da importância do enfermeiro especialista para uma prática diferenciadora. Sendo a dor um fenómeno universal e subjetivo surgiu a necessidade de limitar a pesquisa no que se refere à idade. Esta limitação teve por base os estádios de desenvolvimento cognitivo proposto por Piaget, definidos pela OMS. Piaget defende 4 estádios de desenvolvimento: o sensório-motor (0-2 anos), o pré-operatório (2-6 anos), o operatório-concreto (6-11 anos) e o operatório-formal (mais de 12 anos). A idade pré-escolar e escolar é uma etapa de grande desenvolvimento psicomotor, social, intelectual e construção da personalidade sendo uma etapa em que o enfermeiro deve ter especial atenção pois a atividade primordial da criança é o brincar e a lesão do corpo surge como um evento traumático, daí a necessidade de diminuir a dor e sofrimento, mas também de promover intervenções facilitadoras do desenvolvimento e da autonomia.

Ciente da necessidade de priorizar o controlo da dor no âmbito da prestação de cuidados de saúde especializados e, acima de tudo humanizados, Portugal considera a dor como 5º sinal vital desde 2003, reforçando desde então a necessidade de uma adequada gestão da dor por questões éticas e humanas, constituindo um padrão de qualidade dos cuidados de saúde (Portugal, MS, DGS, 2003, 2008; Joint Commission International [JCI], 2011). Em contexto hospitalar diariamente são realizados procedimentos invasivos, sendo estes a causa mais frequente de dor na criança (Portugal, MS, DGS, 2012a, 2012b, 2012c). Também em contexto de urgência, a maioria dos motivos de a eles recorrerem, prende-se com sintomatologia de dor (ex: odinofagia, trauma, otalgia, dor abdominal, cefaleia, entre

outros). Deste modo, é imperativo apostar na prevenção de uma dor previsível, e na minimização de uma dor já existente, devendo ser implementadas intervenções adequadas de minimização ou eliminação da dor.

É neste contexto que surge o meu interesse em investigar: Quais são as intervenções não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros em contexto de urgência pediátrica em crianças entre 2 e 12 anos para o controlo da dor, no sentido da valorização das intervenções autónomas dos enfermeiros na prestação de cuidados.

O presente relatório encontra-se estruturado em três partes principais. Numa primeira etapa é realizada uma análise reflexiva do percurso formativo concretizado em contexto de prática clínica, nos diferentes campos de estágio. Num segundo capítulo é feito o enquadramento da temática em estudo, onde se realiza uma abordagem à dor em pediatria e às intervenções não farmacológicas para o seu alívio. Numa terceira etapa apresenta-se o estudo empírico, definindo-se a metodologia do estudo de revisão *Scoping*, a fim de mapear as intervenções não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros no alívio da dor na criança em contexto de urgência, sendo posteriormente apresentados os resultados obtidos, com a respetiva análise e discussão das evidências encontradas. Por último, encontram-se sintetizadas as principais conclusões.

O presente documento, redige-se de acordo com o novo Acordo Ortográfico Português e conforme a norma de referenciação da American Psychological Association [APA] – sétima edição e obedecendo à versão mais recente do guia orientador de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Viseu.



## **PARTE I – Desenvolvimento de competências especializadas**



## 1.- **Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

A preocupação com a melhoria do cuidar em Pediatria não é de hoje, já em 1988 foi criada, a Carta da Criança Hospitalizada em que estão definidos 10 direitos fundamentais da criança hospitalizada, de modo a, mesmo em contexto hospitalar, favorecer o crescimento/desenvolvimento harmonioso de cada criança. A defesa da qualidade dos cuidados em pediatria surge tendo por base modelos, teorias e referenciais de cuidados que norteiam as práticas do EESIP. A preocupação de uma prática baseada nos cuidados centrados na família (CCF) surgiu dos cuidados em parceria de Anne Casey, que assenta numa prestação de cuidados centralizada na parceria entre pais e profissionais de saúde, respeitando o modelo centrado no binómio criança e família/pessoa significativa, como alvo de cuidados (OE, 2011) e focando-se nas necessidades da criança e da sua família (Kuo *et al.*, 2012).

A preocupação com os CCF é uma realidade mundial, pelo que em 1992 é fundado o *Institute for Patient- and Family-Centered Care*, uma organização norte-americana sem fins lucrativos responsável pela promoção da prática dos cuidados centrados na família, que os define como “uma abordagem para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, regida por parcerias mutuamente benéficas entre prestadores de serviços de saúde, pacientes e famílias” (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2016, p.4).

A hospitalização acarreta inúmeras experiências de dor e sofrimento nas crianças devido à sua situação de doença, mas também derivada das intervenções necessárias ao seu diagnóstico e tratamento, pelo que, na gestão dos processos dolorosos, é importante a presença dos pais, uma vez que, a separação dos pais/família aumenta o stress e ansiedade, potenciando a perceção da dor. Por outro lado, os pais/família são quem melhor conhece e compreende a criança, sendo um importante fornecedor de informação (OE, 2013).

Para Anne Casey a planificação de intervenções individualizadas tendo por base o envolvimento das crianças e famílias num regime de parceria de cuidados, promove a autonomia das mesmas, empoderando-as e capacitando-as, diminuindo não só a ansiedade e stress da criança, mas também dos próprios pais preparando-os para a alta mais precocemente (Short *et al.*, 2017; OE, 2013).

Assim, acredita-se que a promoção dos CCF leva a um aumento da satisfação com os cuidados de saúde e conseqüentemente a um aumento da adesão futura aos cuidados de saúde (Short et al., 2017).

## 2.- Descrição e análise reflexiva do percurso formativo

Este percurso formativo teve por base a Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final: estágios de Saúde Infantil e Familiar, Neonatologia e Pediatria, que decorreram em contexto de Unidades de Cuidados intensivos Pediátricos, Cuidados de Saúde Primários e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, durante o período compreendido entre 14 de dezembro de 2020 e 23 de abril de 2021, em instituições de saúde da região centro.

No plano da unidade curricular Estágio com Relatório Final: estágio de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar estão descritos os seguintes objetivos de aprendizagem comuns a todos os estágios:

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

#### Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- Desenvolver uma prática de cuidados baseada nos princípios ético deontológicos da profissão;
- Promover o respeito pela confidencialidade, cultura, crenças, valores e preferências da criança/jovem e família assegurando cuidados individualizados e isentos de juízos de valor;
- Garantir uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Refletir de forma crítica no momento, ou quando oportuno, com o enfermeiro tutor e/ou equipa de enfermagem acerca do processo de tomada de decisão ética, em situações que o justifiquem;

#### Domínio da melhoria da qualidade

- Desenvolver uma prática de cuidados de acordo com as estratégias e objetivos da instituição, com vista à melhoria contínua da qualidade e promoção de um ambiente terapêutico seguro;
- Desenvolver uma relação de confiança com o enfermeiro Tutor e restante equipa multidisciplinar;
- Conhecer protocolos, normas e manuais em vigor no serviço de forma a promover o conhecimento e uniformização dos cuidados prestados;

- Validar com a Enfermeira tutora todos os procedimentos com os quais não esteja familiarizada e/ou dos quais possua dúvidas na sua execução;
- Refletir acerca das áreas suscetíveis de ocorrência de erro, como forma de o prevenir;
- Adotar estratégias para minimização do erro nos cuidados;
- Prestar cuidados de acordo com as normas de higiene e segurança afim de minimizar as infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Validar todas as intervenções a executar com o enfermeiro Tutor;
- Promover momentos de partilha de experiências, de reflexão e de crítica necessários para o crescimento pessoal, profissional e melhoria continua.

#### Domínio da gestão de cuidados

- Prestar cuidados de enfermagem especializados visando a otimização da qualidade e a gestão adequada dos recursos;
- Observar e colaborar com o enfermeiro Tutor na prestação de cuidados especializados;
- Planear os cuidados a prestar de acordo com a situação e as necessidades da criança e sua família bem como as rotinas do serviço;
- Prestar cuidados especializados à criança/jovem e família em situação crítica, gerindo adequadamente os recursos disponíveis;
- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados prestados e técnicas diferenciadas executadas na unidade, otimizando a sua execução;
- Demonstrar espírito de iniciativa e capacidade de trabalho em equipa no decorrer da prestação de cuidados;
- Documentar o processo de cuidados, através do registo da informação pertinente, necessidades detetadas e intervenções realizadas, no sistema de registo existente.

#### Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- Demonstrar prática clínica baseada em conhecimento científico e de acordo com os modelos de enfermagem em utilização no serviço;
- Compreender o modelo conceptual de enfermagem orientador das práticas de cuidados e o método de organização dos cuidados de enfermagem;
- Demonstrar assertividade na interação com a equipa multidisciplinar;
- Realizar pesquisa bibliográfica relacionada com técnicas, procedimentos e cuidados diferenciados, nas diversas áreas de prestação de cuidados;

- Evidenciar a importância da reflexão crítica na ação e sobre a ação elaborando um relatório reflexivo das atividades desenvolvidas.

### **Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica**

Prestar os cuidados adequados às crianças/jovens gravemente doentes e em situação de instabilidade:

- Prestar cuidados antecipatórios, ou seja, identificar previamente as necessidades e reconhecer situações de instabilidade nas crianças/jovens;
- Prestar cuidados adequados, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade;
- Refletir sobre as práticas de cuidados prestados de forma a sustentar a prática de cuidados especializados;
- Desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados altamente diferenciados a crianças/jovens em situação crítica.

Desenvolver habilidades na comunicação com os pais/prestadores de cuidados das crianças/jovens em situação crítica, facilitando a comunicação expressiva de emoções

- Procurar estabelecer uma relação empática com a família;
- Desenvolver e compreender quais as atitudes facilitadoras e comportamentos que o enfermeiro especialista deve assumir com o objetivo de diminuir o stress sentido no papel parental;
- Desenvolver habilidades comunicacionais que permitam uma comunicação terapêutica com a família;
- Refletir sobre as situações observadas e vivenciadas.

## **2.1 Estágio de Pediatria**

O Estágio de pediatria realizou-se numa unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital da região centro de Portugal, e decorreu entre 14 de dezembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021, tendo realizado 130 horas de contacto.

### **2.1.1 Análise Reflexiva**

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, da ordem dos enfermeiros, que regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve possuir competências em quatro domínios distintos, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da

gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais. Em relação às competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, existem inevitavelmente situações em que o processo de tomada de decisão ética surge e é crucial. O código deontológico e os princípios éticos inerentes à prática profissional são determinantes e devem estar presentes

Neste âmbito, a prestação de cuidados foi sempre orientada pelo dever de sigilo e respeito pelas crenças, prestando cuidados individualizados, isentos de juízos de valor e respeitando a privacidade e unicidade de cada criança e família. Embora a nível físico a UCIP seja na sua maioria, um espaço amplo, onde cada unidade é apenas separada por cortinas, existe o cuidado e preocupação contínua, por parte de todos os profissionais, em manter a privacidade e sigilo relativamente ao estado de saúde de cada criança. Existe a evicção de juízos de valor, recorrendo a reflexões em equipa, sempre que a situação clínica o justifique, tendo o cuidado de escolher locais mais reservados para o fazer ou para falar de informações mais pessoais e humanamente sensíveis.

A formação profissional e atualização contínua de conhecimentos é também prática comum da unidade com vista à melhoria contínua, até porque, sendo um serviço creditado, existem padrões de qualidade que o serviço tem que cumprir.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, e aponta para a garantia de que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, sejam padronizadas, respeitando as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pela pessoa doente e família. A sua missão primordial prende-se com a potenciação e reconhecimento da qualidade e da segurança na prestação de cuidados de saúde, bem como a uniformização e continuidade dos cuidados, garantindo os direitos dos cidadãos no que se refere ao uso dos sistemas de saúde. Deste modo, existe a necessidade de investir na melhoria da qualidade clínica e organizacional que priorize pela promoção da saúde e prevenção de complicações resultantes da prática clínica, promovendo para isso a adesão a normas de orientação clínica, com vista à segurança dos doentes e qualidade dos cuidados. A monitorização permanente da qualidade e segurança, em serviços creditados permite o reconhecimento da qualidade dos serviços de saúde (Portugal, MS, DGS, 2015).

A realidade dos serviços hospitalares distancia-se frequentemente daquilo que está preconizado, pois deparamo-nos com falta de recursos humanos e materiais, e limitações físicas, que podem conduzir ao aumento da probabilidade de ocorrência de erros. Hoje em dia, devido ao contexto de pandemia, também esta unidade vivenciou alguma dificuldade,

nomeadamente na falta de profissionais de saúde, e os que se encontram a trabalhar, era evidente o cansaço físico e mental. Segundo a DGS (2015), a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente relacionada com a política de segurança e a organização existente nas instituições de saúde, havendo evidência clara de que o risco de ocorrerem erros é dez vezes superior nas instituições que descumram o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados.

No serviço o sistema informático de registos é o B-ICU, sistema de registo utilizado em cuidados intensivos. Considero que este se encontra muito bem estruturado, de fácil acesso, perceção e utilização. Este sistema privilegia a não ocorrência de erro uma vez que emite alertas sempre que existem alterações nas prescrições médicas e permite que no próprio plano de trabalho seja possível a visualização das diluições dos fármacos prescritos e tempos de administrações, o que diminui a ocorrência de erros de cálculos e fomenta a uniformidade das intervenções neste domínio. A administração de terapêutica, é uma atividade inerente aos cuidados de enfermagem que exige a máxima atenção e responsabilidade particularmente na criança, pois, o erro, pode determinar agravamento do seu estado de saúde. Nesta perspetiva, Landeiro (2005) salienta que o erro resulta frequentemente de quebras de atenção, associadas a atividades automáticas repetidas, que ocorrem por fadiga ou por distração. Errar é humano e os erros em saúde acontecem e, dificilmente se consegue extingui-los. No entanto, devem ser implementadas práticas seguras, e estratégias que diminuam a possibilidade de estes ocorrerem, e, caso ocorram, devem servir para crescimento e melhoria das condições assistenciais.

Conhecer protocolos, normas e manuais em vigor no serviço permitiu também uma prestação de cuidados mais segura, contínua e uniforme. Todos os protocolos e normas padronizadas no serviço encontram-se anexadas no próprio sistema de registos (B-ICU) o que facilita muito a sua utilização devido ao fácil e rápido acesso. O exercício profissional na unidade baseia-se num processo assistencial de melhoria contínua da qualidade rumo aos mais elevados padrões de qualidade, estando implícitos a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, ao nível da organização dos cuidados de enfermagem quer a nível das intervenções, autónomas ou interdependentes, traduzindo ganhos em saúde (OE, 2001). Relativamente á manutenção do ambiente terapêutico seguro, todas as intervenções eram previamente validadas com a enfermeira tutora, uma vez que são cuidados muito especializados e diferenciados, não esquecendo a necessidade de minimização das infeções associadas aos cuidados de saúde. No que se refere á administração de medicação defendeu-se o uso da regra dos “cinco certos”: criança certa, medicamento certo, via de

administração certa, dose certa e horário certo, respeitando os protocolos, normas e orientações do serviço.

No que diz respeito ao objetivo definido no domínio das ações de melhoria da qualidade, este foi o mais difícil de atingir uma vez que o período de estágio, é muito reduzido, e devido ao contexto de pandemia existe um aumento de trabalho nas unidades, devido á carência de recursos humanos e um maior stress no cuidar. A equipa sem dúvida está menos disponível devido ao cansaço e ás constantes adaptações de horário, pelo que, colaborar ou dinamizar algum projeto na área da qualidade, formação ou mesmo para participar na elaboração de guias de boas práticas neste momento pareceu-nos impossível, até porque o preconizado atualmente é o distanciamento mesmo dentro das equipas. Desta forma, o contributo passou pela partilha de experiências, conhecimentos e práticas, nomeadamente num turno em que possuíam uma criança com diabetes inaugural, já na fase protocolar de iniciar alimentação, em que os colegas tinham menos experiência na continuidade de cuidados, nomeadamente na contagem de hidratos de carbono.

Outra das situações que partilhei com a equipa foi na demonstração de como realizar testes SARS-COV-2, dado que não tinham formação neste âmbito, pois habitualmente aquando do internamento na unidade, as crianças/jovens já haviam realizado o teste, aliás já era conhecido o seu resultado. No entanto, devido às novas orientações que definiam que em internamentos prolongados ou em caso de mudança de serviço, os utentes tinham que fazer teste a cada 5 dias, existia a necessidade de todos os profissionais de saúde, de todos os serviços, estarem capacitados para os realizar.

No domínio da gestão de cuidados, o objetivo foi sempre prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo como linha orientadora a otimização e melhoria da qualidade e gestão dos recursos, de forma adequada. Na gestão dos recursos necessários está também implícita a capacidade de adequar os meios e recursos necessários evitando o desperdício, devido à sua finitude e escassez. Durante o ensino clínico questionei sempre o enfermeiro Tutor quando tive dúvidas da melhor decisão sobre a priorização dos cuidados e necessidade/pertinência dos cuidados a prestar.

A assertividade enquanto estudante é fundamental no sentido de promover um ambiente positivo na prática de cuidados, para que o estágio decorra de forma harmoniosa. Tratando-se de um processo de aprendizagem, a validação dos cuidados planeados de acordo com a observação, avaliação e conhecimento da situação permite a priorização de acordo com cada situação clínica nomeadamente nos casos de instabilidade hemodinâmica. O facto de possuir dois enfermeiros tutores e ficar ainda em alguns turnos pontuais com outros enfermeiros, dificultou um pouco este processo pois cada pessoa pela sua individualidade

apresenta algumas particularidades no cuidar. Demonstrando-se como uma dificuldade não foi, de todo, um aspeto negativo, pois conhecer diferentes prioridades e especificidades de cuidar dentro de um mesmo serviço revelou-se também uma fonte de conhecimento e aprendizagem, pois cada um de nós tem pequenos truques e mnemónicas no cuidar que não deixam de ser conhecimento adquirido e útil para situações futuras.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, senti a necessidade de alguma pesquisa, para aprofundar conhecimentos sobre alguns cuidados prestados e técnicas diferenciadas, executadas na unidade. O facto de ser uma unidade altamente diferenciada de cuidados intensivos, sendo referência a nível nacional, em algumas áreas de tratamento, conduziu à necessidade de um investimento pessoal e profissional, gerador de conhecimento e da consciência de que estamos em constante aprendizagem, uma vez que, quer enquanto aluno ou enquanto profissional, podemos sempre aprender e melhorar. A evolução científica nos últimos anos, tem sido tao fugaz, que rapidamente ficamos desatualizados despertando a consciência de que a formação contínua é essencial ao longo da vida. Apesar de o método de trabalho ser o individual, o trabalho em equipa é determinante, existindo um espírito de interajuda que é de louvar, sendo uma equipa muito coesa o que favorece a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente às competências específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento 422/2018), foram delineados dois objetivos diferentes: prestar cuidados adequados às crianças/jovens gravemente doentes e em situação de instabilidade e desenvolver habilidades na comunicação com os pais/prestadores de cuidados das crianças/jovens em situação crítica, facilitando a comunicação expressiva de emoções. No que diz respeito ao 1º objetivo (prestação de cuidados em crianças em situação crítica) foi muito enriquecedor uma vez que existe um cuidado constante de estabilizar os doentes, mas também de manter bem, o que está bem, ou seja, manter os doentes sem úlceras de pressão, manter alguma estimulação de modo a manter o desenvolvimento infantojuvenil (estimulação, ciclo circadiano, entre outros) e manter o afeto/vinculação com o familiar significativo. Os cuidados de higiene e controlo de infeções hospitalares, bem como a preocupação com a minimização do ruído desnecessário são igualmente uma prioridade por forma a diminuir a ansiedade e promover o descanso dos doentes. A sala aberta possui várias unidades de doentes separadas por cortinas, mas cada unidade dispõe, de forma individualizada, de materiais clínicos diversos de uso exclusivo para cada doente, minimizando o risco de infeções cruzadas ao mesmo tempo que acresce segurança à prática da equipa de saúde e confiança do doente.

Esta UCIP recebe doentes críticos pediátricos que apresentam instabilidade das suas funções vitais e que necessitam de tratamento médico e cuidados de enfermagem

diferenciados, complexos e específicos, com recurso a tecnologia avançada de apoio e vigilância das funções vitais. É uma unidade munida de recursos materiais e equipamentos específicos que permite prestar cuidados específicos e especializados. A instabilidade e gravidade da condição de saúde das crianças/jovens internados determinam a necessidade de um apurado juízo clínico por parte dos profissionais de enfermagem, seja na vertente de avaliação, diagnóstico e implementação de intervenções. As competências necessárias na prática clínica de cuidados intensivos são dirigidas à capacidade de manusear equipamento altamente sofisticado, bem como, analisar e interpretar as informações/parâmetros obtidos, gerir dados, identificar e implementar intervenções, avaliando a sua eficácia (Caldas et al., 2010).

Todos os enfermeiros da unidade possuem elevados conhecimentos técnicos e científicos nas mais diversas áreas. Este estágio permitiu priorizar cuidados, perceber que nem sempre os cuidados médicos têm que ser os prioritários e que existem cuidados de enfermagem igualmente importantes e essenciais, nomeadamente no que se refere ao conforto e manutenção das atividades de vida. A integração num serviço condiciona, de forma significativa, a prestação de cuidados com confiança, segurança e autonomia. Desta forma, considero que o processo de integração assume a máxima importância para o decurso do estágio com sucesso. Este não envolve somente o conhecimento da estrutura física e organizacional, equipamento, normas e práticas diárias no serviço, diferentes atividades desenvolvidas nos diferentes turnos, processo de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, mas também a filosofia do cuidar, a valorização do cuidar de enfermagem e o conhecimento técnico-científico.

Nesta unidade os principais referenciais teóricos e modelos de cuidar são o de Nancy Roper que foi uma importante figura no avanço dos cuidados e conceitos de enfermagem. Com a ajuda de Logan e Tierney para a elaboração do seu modelo de enfermagem, cujo objetivo se prende com apoiar a prática em um corpo comum de conhecimentos de enfermagem. Nancy defendia o Homem como um sistema aberto, pois realiza as Atividades de Vida Diárias durante o seu percurso contínuo de vida de modo a atingir a sua autossatisfação e realização pessoal. Neste sentido, na unidade, os cuidados de enfermagem visam estabilizar e melhorar a situação clínica da criança, mas também substituí-la nas atividades de vida diárias que não consegue realizar, utilizando o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que assume os pais como parceiros nos cuidados de enfermagem. Para Casey (1993, p.233), os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia reconhecem os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança. A autora defende, ainda, que para preservar o crescimento e desenvolvimento da

criança, os cuidados devem ser prestados numa perspetiva de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor que os pais/ pessoa significativa, o podem fazer.

Depois deste estágio reitero que sou uma enfermeira mais capaz e confiante no cuidar, nomeadamente no que diz respeito ao cuidar de doentes com situações complexas. Procurei desenvolver todas as intervenções com assertividade, dedicação, empenho, iniciativa e ter uma atitude proactiva e reflexiva sobre as práticas. Considero que na área do cuidar consegui estabelecer uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, promovendo o bom relacionamento interpessoal, adotando uma postura humilde e empenhada e vivenciando vários momentos de reflexão da prática, com as tutoras, que se mostraram essenciais para a melhoria da minha prática.

O outro objetivo mais direcionado ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais com os pais e crianças está diretamente relacionado com a parceria de cuidados e os cuidados centrados na família sendo esta filosofia de cuidar um desafio em todos os contextos. As circunstâncias em torno da admissão numa unidade de cuidados intensivos, a situação crítica em que o filho se encontra, o ambiente tecnológico e a preocupação, ansiedade e stress dos pais são fatores importantes que podem dificultar a comunicação e a parceria de cuidados de forma efetiva. Assim, torna-se importante desenvolver e compreender quais os fatores facilitadores e quais os comportamentos que o enfermeiro especialista deve apresentar, de forma a contribuir para a diminuição dos sentimentos negativos que os pais vivenciam e que condicionam o exercício do papel parental. O foco de enfermagem: Papel parental está sempre presente no plano de cuidados de todos os doentes da unidade, ressaltando a importância que estes possuem mesmo no cuidar da criança gravemente doente, pois nestas situações também os pais estão “gravemente doentes” e necessitam de ajuda e de cuidados.

A participação ativa dos pais, fomentada pelos enfermeiros, nos cuidados ao filho, promove o exercício do seu papel, diminui a angústia, diminuindo o efeito da separação e tende a proporcionar segurança e autoconfiança, perante as suas próprias competências e habilidades. Os pais, ao acompanharem, presenciarem e participarem na evolução da situação da criança, sentem-se menos ansiosos e desamparados, ajudando a diminuir ou inviabilizar a ocorrência de conflitos entre os parceiros do cuidado e o distanciamento proveniente da atribuição de culpas. A manutenção dos laços familiares, são vitais para o seu ajustamento social e psicológico durante a hospitalização, quer para os pais como para as crianças na medida em que, capta os comportamentos, sentimentos e emoções deles, e esta harmonia favorecerá o processo de recuperação da mesma e diminuirá o impacto da hospitalização e da doença (Jorge, 2004).

A componente da comunicação com os pais numa fase inicial nem sempre se mostrou fácil uma vez que eles se focam mais no esclarecimento de diagnósticos clínicos e procura dos porquês que nem sempre existem numa fase inicial. Estes pais experienciam sentimentos de frustração, impotência, medo e ansiedade. A angústia que os assombra e esta transição inesperada de saúde/doença, a maior parte das vezes torna-os mais fechados e mais difíceis de abordar. Este foi o aspeto que observei com mais regularidade, no entanto, quando ficava com o mesmo doente mais do que um turno, notava a evolução dos pais no sentido de uma maior abertura ao diálogo e à colaboração nos cuidados. Era evidente uma diminuição da ansiedade e do medo refletindo uma maior confiança na equipa. Quando questionei a enfermeira tutora de como lidam com situações mais complicadas de morte eminente, foi-me explicado que depende de cada situação e de cada família e que, na hora, consoante as atitudes de cada família vão adaptando o nível de informação que é facultado e o modo como o fazem.

A melhor forma de comunicar em situações difíceis é respeitar o tempo de cada família, o silêncio e privacidade se assim o desejarem, mostrando aos pais que estamos ali sempre e quando precisarem, para o que precisarem. Quando os pais sentem a necessidade de questionar e verbalizar algumas dúvidas ou desejos relacionados com aquela situação, devemos mostrar disponibilidade e empatia encorajando-os na expressão das suas emoções e ajudando-os a encontrar estratégias de coping.

A literatura indica que qualquer profissional pode ter os seus próprios sentimentos de inadequação e de culpa, mas, apesar disso, espera-se que seja capaz de transmitir más notícias de uma forma calma, compassiva e culturalmente sensível. Os profissionais podem ainda experimentar sentimentos de receio de serem culpabilizados, do desconhecido e do não-ensinado, receio da imprevisibilidade da reação da família, ou de expressar as suas emoções, bem como o receio pela incerteza de não saber todas as respostas (Pereira *et al.*, 2013).

Se existe uma diversidade de sentimentos experienciados quer por quem comunica quer por quem recebe as más notícias, a forma como estas devem ser reveladas é consensual entre os autores consultados. Santos *et al* (2013) enfatizaram a necessidade de existência de suporte emocional e social, no contexto dos cuidados pediátricos. Os principais aspetos incluem a clareza e detalhe da informação, comunicação efetuada por um profissional que lhes seja familiar (geralmente a enfermeira que está responsável pelo doente) e que conheça a criança individualmente. A informação deve ser coordenada por toda a equipa multidisciplinar, transmitida com compaixão e cuidado, num ritmo e de forma que a família possa compreender. Deve existir oportunidade para os pais colocarem questões; sempre realizada em local privado, adequado e livre de interrupções. Uma análise da perspetiva dos

pais e cuidadores sobre as competências de comunicação que os profissionais de saúde devem desenvolver, apontou os aspetos relacionais e humanísticos da comunicação como os mais importantes; nomeadamente o demonstrar respeito pela família, não ter preconceitos ou comportar-se de modo paternalista, procurar compreender os efeitos do stress e ansiedade na criança e família (Pinheiro *et al.*, 2009).

O enfermeiro pode e deve, sempre que os pais se mostrem disponíveis, e a situação o permita, aliviar a frustração stress e impotência dos pais, ajudando-os a compreender o que observam, promovendo e facilitando a participação no cuidado ao seu filho. Como é natural, a questão do tempo em que decorre o estágio e o facto de não serem dias de estágio seguidos, acaba por ser um fator dificultador do desenvolvimento neste aspeto, uma vez que, existe uma grande rotatividade de doentes nesta unidade, sendo que, o doente somente se mantém aqui, até se apresentar hemodinâmica e neurologicamente estável.

Este estágio proporcionou um investimento pessoal importante pois era o que mais ambicionava e para o qual estabeleci objetivos e expectativas particulares a nível pessoal e profissional.

Um dos objetivos pessoais prendia-se com o Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem em situação crítica e sua família. Para a prestação de cuidados a crianças gravemente doentes, o enfermeiro especialista em pediatria detém competências científicas, éticas, relacionais e técnicas, para a prestação de cuidados especializados e individualizados, sendo necessária uma elevada diferenciação e profissionalismo nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação. Em serviços diferenciados como as unidades de cuidados intensivos, a constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional, é essencial e, proporciona a valorização pessoal e profissional com vista à qualidade do exercício da enfermagem.

O sistema de registos B-ICU também foi um importante instrumento na priorização de cuidados uma vez que de certo modo o sistema já o faz através de um plano de cuidados que prioriza a administração terapêutica, a manutenção e preservação dos dispositivos médicos e de enfermagem (cateteres, sondas, tubos endotraqueais, entre outros), as atividades de vida diárias da criança, a família e a prevenção de complicações e vigilâncias adicionais. Assim, o plano de cuidados, no sistema de registos, aparece já organizado por uma sequência de prioridades que se o mantivermos como memória visual conseguimos manter uma adequada priorização de cuidados. Esta sequência pode ser alterada sempre que se justifique e cabe á enfermeira alertar o médico para essas necessárias alterações, uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente.

Ao nível das competências preconizadas pela ordem dos enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, consegui reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, definindo as intervenções e prestando os cuidados apropriados com adequada priorização, nomeadamente através da avaliação inicial e da identificação de focos e diagnósticos de enfermagem prioritários em cada situação.

Neste contexto, existiu a oportunidade de colaborar no acolhimento da criança em cuidados intensivos bem como iniciar o processo de avaliação inicial e elaboração de um plano de cuidados, sendo que este não é inalterável, podendo a qualquer momento, caso se justifique, ser alterado. O acolhimento na unidade é fracionado, sendo que, primeiro é realizado o acolhimento da criança e de certo modo, é estabilizado dentro do possível, e só depois é permitida a entrada dos familiares. A abordagem à família é realizada de forma conjunta, com médico e enfermeira, tornando-se benéfico uma vez que desta forma ambos sabem até que ponto a família está informada, qual a linguagem que foi utilizada e qual a reação da família.

Relativamente ao objetivo pessoal de estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional considero que mantive uma boa relação com todos os profissionais do serviço assumindo uma postura de que estaria ali enquanto profissional, mas com objetivos académicos, ou seja, perguntando e questionando sempre os profissionais sobre o que poderia fazer e em que circunstâncias. Toda a equipa se mostrou muito disponível denotando sensibilidade e alertando-me para o que sabiam, de antemão, ser provável nunca ter assistido no meu serviço, chamando-me para presenciar e mostrando-se sempre disponíveis para me explicar.

Relativamente ao objetivo “desenvolver competências especializadas no atendimento da criança gravemente doente e sua família pautando pela humanização e pela ética”, a atuação como especialista traduz-se, na prestação de cuidados individualizados e contextualizados a cada situação e a cada criança/família, com segurança, competência e qualidade. Para tal torna-se fundamental possuir uma base de evidência científica, competência técnica e relacional e o respeito pelos princípios éticos, de humanização dos cuidados e respeito pela pessoa, na procura da melhoria contínua da satisfação do alvo dos seus cuidados. Neste âmbito da ação o enfermeiro especialista deve apresentar uma resposta capaz de responder às expectativas e necessidades das crianças e famílias independentemente da sua complexidade clínica, nas mais diversas áreas, como mobilizar conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2010).

Analogamente, tentei viabilizar o objetivo de desenvolver competências especializadas no cuidar da criança sujeita a ventilação mecânica invasiva (VMI). A ventilação mecânica constitui um módulo de suporte ventilatório com utilização de pressão positiva nas vias aéreas através do uso de um tubo endo/ nasotraqueal, uma máscara laríngea ou cânula de traqueostomia. Estas próteses introduzidas na via aérea promovem a oxigenação e ventilação adequada dos doentes com insuficiência respiratória de qualquer etiologia. A entubação por via orotraqueal é a via de eleição para manter a permeabilidade das vias aéreas e evitar a morbimortalidade em situações clínicas graves. O seu objetivo é estabilizar, manter ou proteger as vias aéreas comprometidas, permitir uma boa higiene brônquica, bem como a ventilação mecânica e a oxigenação adequada (Oliveira et al, citado por Vital et al., 2010). No entanto a entubação orotraqueal em doentes sem sedação torna-se mais difícil porque mais facilmente se extubam e porque engolem muito ar, dado que respiram de boca aberta. Dentro da ventilação mecânica invasiva existem inúmeras modalidades que, embora a sua escolha seja de responsabilidade do médico, o enfermeiro necessita conhecer para a manter eficaz. Na UCI a entubação é realizada após sedação e relaxamento muscular, havendo uma preparação prévia do material, do ambiente e da família.

Cabe ao enfermeiro a preparação de todo o material e a vigilância do rigoroso cumprimento dos princípios de assepsia, durante o procedimento, a ligação ao ventilador, bem como ao longo da manutenção da ventilação. Durante o estágio não houve a oportunidade de assistir a nenhuma entubação, mas também esse não era um objetivo, mas sim cuidar do doente com entubação prolongada.

Considero que a planificação dos cuidados às crianças nesta situação deve ter como finalidade minimizar as sequelas decorrentes da terapia ventilatória, para que não ocorram alterações indesejáveis (extubação e trauma acidental, obstrução do tubo). As intervenções de enfermagem devem ser implementadas de forma a otimizar não só o conforto físico, mas também o bem-estar psicológico da criança.

A hipotermia induzida foi algo que pude experienciar, e não fazendo parte dos objetivos, foi bastante enriquecedor. A hipotermia caracteriza-se por uma técnica utilizada para minimizar ou até tratar os danos causados pela asfixia perinatal.

A hipotermia induzida é considerada atualmente a “terapêutica neuroprotectora de eleição para a encefalopatia hipóxico -isquémica moderada a grave no recém-nascido de termo” (Graça *et al.*, 2011, p.158). Consiste na redução ativa da temperatura corporal para valores entre 33 e 34°C, a partir das 6 horas de vida e durante 72 horas, seguida de um reaquecimento progressivo. Nestes casos, a abordagem inicial é essencial para o prognóstico, sendo imprescindível iniciar medidas de hipotermia passiva no local de nascimento, que

devem ser mantidas durante o transporte para o hospital de referência. Neste caso a hipotermia iniciou-se apenas à chegada aos cuidados intensivos e sendo um doente transferido, à entrada apresentava já um prognóstico muito reservado.

“A encefalopatia neonatal é uma síndrome caracterizado por disfunção neurológica com início na primeira hora de vida, que se manifesta por dificuldade em iniciar e manter a respiração, diminuição do tônus e reflexos, depressão do estado de consciência e convulsões” (Graça *et al.*, 2012). O termo encefalopatia hipoxico-isquémica refere-se aos casos de encefalopatia neonatal em que existe evidência de um evento hipóxico-isquémico recente, que no caso específico foi uma paragem cardiorrespiratória com necessidade de reanimação avançada. A incidência estimada da encefalopatia neonatal varia entre um a oito por 1000 nascimentos e é uma causa importante de morbidade e mortalidade neonatal (Graça *et al.*, 2011).

A aplicação desta técnica exige a existência de protocolos que devem ser cumpridos e os doentes habitualmente estão sedados e ventilados, como foi o caso. Infelizmente este não foi um caso com um final feliz uma vez que o recém-nascido acabou por falecer ainda antes de cumprir as 72h de hipotermia.

Por fim, mas não menos importante, foi definido o objetivo de desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados atraumáticos e controlo da dor na criança gravemente doente. A gestão de dor eficaz é um trabalho multidisciplinar, salientando-se o trabalho contínuo dos enfermeiros, assente em alicerces como, os cuidados não traumáticos (CNT), os cuidados centrados na família (CCF) e a parceria de cuidados. Os CNT têm por objetivo a prestação de cuidados à criança, jovem e família sem causar dano, emergindo a necessidade de controlar a ansiedade, o stress e a dor aguda.

A preocupação e interesse em diminuir a dor aguda em crianças e jovens, prestando cuidados sem causar dano surge da ideologia de que os cuidados de enfermagem são simultaneamente humanistas e científicos, “e esta ciência não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas – dor, alegria, sofrimento, medo, raiva (...)” (Diogo, 2012 citando Watson, 2002, 2005). Nunca descorando a importância dos CNT, a dor aguda deve ser controlada ou pelo menos minimizada através do recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, sendo algumas independentes e outras interdependentes denotando-se a importância da existência de uma equipa multidisciplinar no cuidar.

A avaliação da dor em crianças e jovens sob ventilação mecânica invasiva foi um cuidado que procurei desenvolver no decorrer do ensino clínico, bem como identificar os cuidados prestados com esse objetivo e a sua presença no plano de cuidados de cada criança e jovem. Mesmo os clientes que não se encontram sedados estão impossibilitados de

verbalizar a sua dor devido à presença do tubo orotraqueal (TOT) ou da sua idade. Assim importa perceber que a dor apresenta outros sinais e sintomas que devem ser valorizados, nomeadamente a observação de sinais de desconforto, alterações nos sinais vitais, como tensão arterial elevada, taquicardia, polipneia, dilatação pupilar, esgar de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo. De acordo com a ordem dos enfermeiros fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar é uma competência específica do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica (OE, 2011), nunca esquecendo que a dor é também um sinal vital com influência cultural, ou seja, a cultura apresenta influência, pois esta modela a forma de vivenciar as novas experiências de dor e influência na avaliação e tratamento da mesma (Batalha, 2010).

Nesta unidade existe um cuidado constante com o controlo da dor na criança e jovens, sendo que todos possuem no plano de cuidados medidas de alívio farmacológico e não farmacológico, sendo depois, a sua gestão e avaliação da competência do enfermeiro. Esta correta gestão e avaliação da dor inclui, não apenas intervenções que visem diminuir ou eliminá-la, mas também atuar na sua prevenção. Partindo da premissa que a prestação de cuidados de enfermagem visa a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções, sejam estas da esfera autónoma ou interdependentes, necessárias de forma a diminuir ou eliminar a dor. Existem no serviço protocolos, orientações e escalas padronizadas que permitem um controlo de dor adequado e favorecedor de uma elevada qualidade de cuidados prestados. À luz dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem existe a procura constante da excelência no exercício profissional e no cuidar, sendo que “o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” fazendo “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor” (OE, 2011, p.6).

Durante o estágio houve a preocupação de avaliar, prevenir, controlar e registar adequadamente todas as intervenções realizadas para controlo da dor e avaliação posterior da sua eficácia. Sempre que se procedia a cuidados potencialmente geradores de dor havia o cuidado de administrar analgesia antes da intervenção no sentido de promover os cuidados atraumáticos.

## 2.2 Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O Estágio de Saúde Infantil e Familiar realizou-se num período compreendido entre 18 de janeiro de 2021 e 26 de fevereiro de 2021, num Centro de Saúde da região centro do país, onde foram realizadas 130 horas de contacto.

### 2.2.1 Análise Reflexiva

A ideia de uma «enfermagem comunitária» centrada no trabalho com as famílias, vem, desde há muito, a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em cuidados de saúde primários, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique (2000). Ocupa-se de uma prática centralizada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para a prevenção de doenças e minimização das suas consequências mais incapacitantes. Esta atividade pretende dar particular importância à informação de saúde, ou seja, à capacitação da comunidade e ao aumento da literacia em saúde. É necessário investir e conhecer todo um contexto social, económico e político de modo a adequar estratégias que promovam o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

Apesar das limitações físicas, políticas e orçamentais, os cuidados de saúde primários tem feito um esforço no sentido de melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde tentando também alicerçar a sua intervenção em práticas «baseadas na evidência», correspondendo a necessidades reais, com capacidade para integrar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, trabalhar em equipas multidisciplinares e multisectoriais e promover a participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde.

Ao nível das competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, mantive uma prática baseada na confidencialidade e respeito pela privacidade. Preservei uma prática de acordo com as crenças e valores de cada família, respeitando o modo de vida de cada um e as suas preferências, sem julgamentos, individualizando e adaptando o cuidar a cada situação específica que surgia. Existe uma preocupação com a privacidade de cada criança/jovem e sua família tentando manter a porta do gabinete fechada e minimizando as entradas e saídas do gabinete durante a realização da consulta, bem como a evicção de interrupções durante a mesma. Subsiste também a preocupação com o ambiente físico, tentando manter uma temperatura e luminosidade dentro do gabinete agradável.

A formação profissional e atualização contínua de conhecimentos é também prática comum da unidade com vista á melhoria contínua, até porque, é um serviço que tem objetivos a alcançar em cada ano/biênio, dependendo os recursos económicos de que este beneficiará, do cumprimento ou não de metas. A formação profissional é essencial em todos os serviços de saúde porque a melhor evidência científica também vai mudando derivado á investigação contínua.

No domínio da qualidade, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem um elemento central do SNS e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços, para a continuidade de cuidados, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e no acompanhamento de qualidade e proximidade às populações. Assim, torna-se primordial a potenciação e reconhecimento da qualidade e da segurança na prestação de cuidados de saúde, bem como a uniformização e continuidade dos cuidados, garantindo os direitos dos cidadãos no que se refere ao uso dos sistemas de saúde.

Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, institui o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), definindo-as como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, assentes num modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Assim, a qualidade dos serviços prestados é avaliada e tem que obedecer a determinados parâmetros previamente acordados para que se possa manter em funcionamento. O plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde personalizados e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais, sendo um fator essencial para a procura da melhoria da qualidade dos serviços prestados. A formação é uma área muito valorizada pelo que procurei integrar uma área na formação que estivesse a carecer de investimento, pelo que decidi investir na área da dor, após algumas trocas de ideias com a minha enfermeira tutora.

No domínio da gestão de cuidados considero que consegui prestar cuidados de enfermagem especializados, colaborando com a enfermeira tutora para uma otimização da consulta de saúde infantil, utilizando os recursos disponíveis de forma adequada e racional. Demonstrei sempre vontade de colaborar e de aprender mais, estando sempre atenta a novas oportunidades de ensino/aprendizagem.

Nos cuidados de saúde primários o cuidar está muito centrado na família e na parceria de cuidados. A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende, para a

área da Saúde Infantil e Pediatria, uma conceção do cuidar baseada numa prática de cuidados centrada na família, de modo a promover a saúde e a tomada de decisão assente numa parceria entre Crianças, Pais e Enfermeiros (Apolinário, 2012). Os cuidados centrados na família baseiam-se no pressuposto de que a Família é também alvo dos cuidados, procurando manter e fortalecer os papéis e laços da Família com a Criança e ajudando a manter as rotinas familiares (Cardoso, 2010). Em Pediatria, o reconhecimento do papel fundamental da Família na vida da Criança, permite investir no apoio profissional à Criança/ Família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados na negociação e promovendo a capacitação das Famílias.

A criação de enfermeiros de família tornou-se numa mais-valia, pois permite, conhecer a os elementos da família, suas necessidades, e seu contexto socioeconómico e académico, adaptando todas as áreas do cuidar a um núcleo familiar específico. O papel de enfermeiro de família abarca muitas das funções já definidas para os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, com o acréscimo do «foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável» (Hennessy & Gladin, 2006, p.9). A OMS atenta estes enfermeiros a trabalhar integrando as famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, atuando como recurso e sendo elementos-chave na sociedade como promotores de saúde (Id. p.9). O enfermeiro de família atua ao longo do ciclo vital da criança/jovem na promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas sãs ou doentes, sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde (OE, 2000).

O referencial teórico que norteia a prática de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários preconiza a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que consiste num modelo que atenta o sistema familiar como unidade de cuidados, a sua operacionalização assenta nas etapas do processo de enfermagem, considerando o seu carácter dinâmico, flexível e interativo, procurando a satisfação das necessidades da família (Figueiredo, 2012). Face ao exposto, o enfermeiro de família intervém centrando-se na relação interpessoal que estabelece com os vários elementos da família, o que lhe permite determinar as suas necessidades, com vista a dar uma resposta efetiva que consinta a promoção da saúde e prevenção da doença, aspeto que tem um impacto muito positivo, com repercussões no bem-estar da população e no âmbito económico, uma vez que é mais dispendioso intervir quando já há doença (Cadete, s.d.).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, existiu a necessidade de pesquisar em casa, para aprofundar conhecimentos sobre alguns cuidados prestados e técnicas diferenciadas, executadas no centro de saúde. O facto de ser uma unidade direccionada para a promoção de saúde, prevenção da doença, cuidados antecipatórios, e promoção do normal desenvolvimento infantil, conduziu á necessidade de um investimento pessoal e profissional, gerador de conhecimento e da consciência de que estamos em constante aprendizagem, uma vez que, quer enquanto aluno ou enquanto profissional, nunca sabemos tudo, daí a necessidade de realizar formação continua e aperfeiçoamento profissional constante.

Relativamente às competências específicas em enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento 140/2019), delineei três objetivos diferentes: Assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, promover o crescimento e desenvolvimento infantil e comunicar adequadamente com a criança e família de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.

O primeiro objetivo prende-se com o assistir "(...) a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem." (OE, 2010, p.2). O cuidado à criança e ao jovem envolve sempre o elemento 'família'.

Este objetivo foi possível de alcançar pela observação participante das intervenções de enfermagem, nas consultas de saúde infantil, nas diferentes fases do desenvolvimento. Saliento que o estágio neste contexto, foi muito enriquecedor, pelo facto de permitir prestar cuidados a crianças saudáveis e poder contribuir para que o seu percurso de desenvolvimento seja o mais harmonioso possível, apostando sempre na prevenção, na promoção de cuidados antecipatórios, bem como, a promoção de estilos de vida saudáveis. Por sua vez, também pude verificar, que a proximidade existente entre o enfermeiro e o utente era uma constante, aspeto que é facilitado pelo facto de o mesmo enfermeiro, ter o privilégio de acompanhar os vários elementos de uma mesma família nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Esta aproximação favorece a confiança na equipa, contribuindo assim, para uma relação de empatia e partilha de experiências que promove um ambiente terapêutico favorável á partilha das suas necessidades físicas e emocionais, dúvidas e receios.

Aos adolescentes era dada a oportunidade de decidir se queriam a presença dos familiares ou não, e dado espaço para a qualquer momento beneficiar de um momento na consulta, sem a presença de seus familiares, de modo a promover e incentivar a verbalização de dúvidas ou preocupações que possam apresentar. Esta foi a faixa etária que menos compareceu nas consultas de vigilância pois devido ao contexto de pandemia, existe a

implementação de medidas excepcionais pelas instituições de saúde que visam adiar os serviços não urgentes mantendo apenas as consultas com vacinação obrigatória associada, com o intuito de controlar a pandemia e diminuir o número de deslocações a instituições de saúde. “No que toca às consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, que visam a deteção precoce de fatores de risco individuais, familiares e do contexto socioeconómico que podem comprometer a saúde da criança, são definidas como prioridades as consultas no 1º ano de vida da criança, a consulta prevista entre os 18 e 24 meses e a dos 5 anos de idade” (Portugal, MS, DGS, 2020)

Existe por parte do enfermeiro, durante toda a consulta a preocupação de demonstrar disponibilidade e preocupação com a criança/jovem e sua família. Importa ao enfermeiro deter conhecimentos teóricos no que respeita a todas as fases do desenvolvimento, para atuar com segurança e conseguir adaptar a sua comunicação verbal e não verbal aos diferentes estádios de desenvolvimento de forma a fomentar as crianças e jovens, bem como as suas famílias a verbalizar as suas preocupações. Assim, numa perspetiva de prevenção e conseqüentemente de ganhos em saúde, é de todo favorável o desenvolvimento de uma relação terapêutica desde tenra idade com a criança, para que cresça com um sentimento de confiança no seu enfermeiro de família, relação essa que vai perdurar ao longo de todo o ciclo vital do ser humano.

O segundo objetivo está diretamente relacionado com o primeiro pois não podemos dissociar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil da assistência á criança e sua família com o intuito de maximizar a sua saúde.

Neste mesmo contexto, podemos acompanhar as consultas de vigilância de saúde infantil, seguindo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), através das quais procuramos sempre promover o crescimento e desenvolvimento infantil (OE, 2019).

O trabalho em equipa é determinante, existindo a política de consulta de enfermagem e médica em conjunto, havendo um primeiro momento em que a consulta é realizada apenas pelos enfermeiros, onde é realizado a avaliação de parâmetros como o peso, estatura, IMC e aplicação da escala de Mary Sheridan. Depois, um segundo momento em que a consulta é realizada por médico e enfermeiro para uma melhor avaliação do desenvolvimento, exame físico objetivo e despiste de complicações e malformações. Existe ainda um terceiro momento em que a consulta é realizada apenas pelo médico.

Este trabalho em equipa favorece a continuidade do cuidar nas mais diversas situações e nos mais diversos estádios de desenvolvimento. Cada enfermeiro trabalha em

dualidade com um médico específico, ou seja, existe um médico de família e um enfermeiro de família que atuam conjuntamente para a maximização da saúde dos seus utentes.

Habitualmente durante a consulta de enfermagem é realizada a aplicação da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, que se encontra associada a cada consulta, consoante a faixa etária. A Observação e avaliação da criança/jovem são fundamentais para planear cuidados, intervenções precoces e respostas adequadas (Hockenberry & Wilson, 2014). A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada está amplamente aplicada e referenciada a sua utilização no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de Junho de 2013 (Portugal, MS, DGS, 2013) e está integrada nos Sistemas Informáticos utilizados nos Cuidados de Saúde Primários (Portugal, MS, DGS, 2013), sendo que a sua aplicação pode “ (...) servir como “padrão de referência da normalidade”, permitindo focar a atenção nesta área da Saúde Infantil e, ainda, motivar e encorajar (...)” (PNSIJ, 2013) os profissionais de saúde a interpretar os resultados obtidos à luz das competências que se esperam em cada etapa de desenvolvimento infantil, e adequar as estratégias de comunicação, relação terapêutica e negociação com os pais.

Mary Sheridan foi uma das pioneiras na procura de uma escala que atualmente será das mais usadas em todo o mundo (Pinto, 2009) e cuja avaliação, de acordo com a idades-chave estabelecidas no programa nacional de saúde infantil e juvenil, está muito bem esquematizada na aplicação informática, sendo para o enfermeiro uma importante ferramenta na monitorização do desenvolvimento psico-motor da criança. A escala permite detetar alterações no desenvolvimento da criança, facilitando o encaminhamento ou o planeamento de respostas adequadas a esta alteração (Sheridan, 2011). No entanto é fundamental considerar os fatores que influenciam o desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014) nomeadamente as famílias, sua estrutura e enquadramento socioeconómico para assim promover respostas na comunidade adaptadas aquela situação familiar específica.

A aplicação desta escala permitiu desenvolver competências práticas quanto à sua aplicação, para além de ter sido um instrumento que, na minha perspetiva, foi mediador da relação com a criança que entendia esta atividade como lúdica. Habitualmente as crianças aderiam e demonstravam apreciar o que lhes era proposto. A maior condicionante relativa à aplicação desta escala relacionava-se com o fator tempo, ou seja, despendia-se cerca de 20 minutos para a aplicação da escala, sendo necessária uma boa gestão de tempo. O facto de estarmos em contexto de pandemia e ser necessário proceder á desinfeção do espaço e dos utensílios didáticos após cada consulta atrasava e limitava o tempo disponível. Também o material didático era mais limitado, pois só poderia ser utilizado material didático fácil de desinfetar e que permitisse uma secagem rápida. De qualquer forma, as consultas de

enfermagem eram agendadas pelo enfermeiro, que fazia a previsão desta intervenção, de forma a não aumentar o tempo de espera para a realização das consultas seguintes e tendo em conta a premissa de que não poderia haver acumulação de pessoas na sala de espera devido á pandemia a SARS-COV-2.

Apenas em uma das situações em que se aplicou a escala, se detetou perturbações no desenvolvimento, tendo sido marcada uma consulta intermédia (para 3 meses após) para nova avaliação, ou seja, tratava-se de uma criança de cerca de 2 anos que ainda não verbalizava nada, mas cujos pais eram do Nepal. A mãe apenas falava nepalês e o pai falava inglês, mas percebia bem o português. Esta criança devido ao contexto de pandemia encontrava-se em casa com os pais, que se encontravam desempregados, pelo que verificamos também não era estimulada pois os pais praticamente não falavam devido as dificuldades linguísticas. Foi ainda referenciada para o Hospital pediátrico para uma consulta urgente de terapia da fala. Foram ainda fornecidas aos pais orientações e estratégias para estimular a linguagem na criança, bem como aconselhados alguns jogos didáticos estimulantes uma vez que as escolas estão fechadas.

Na aplicação da escala foram identificadas pequenas fragilidades, facilmente ultrapassadas com a capacitação dos pais, para a adoção de estratégias específicas para o efeito.

Mais do que detetar os desvios patológicos da normalidade, é importante saber detetar também os desvios fisiológicos e passíveis de correção através de medidas simples. É aqui que o enfermeiro e os ensinamentos aos pais no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil podem fazer a diferença pois, por vezes, basta incentivar os pais a brincar com o filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a orientar os estímulos e a saber que jogos usar, ou ensinar a importância da introdução de alimentos progressivamente menos passados no decorrer da diversificação alimentar.

No que se refere ao objetivo alusivo á comunicação adequada ao desenvolvimento da criança/jovem, durante os cuidados prestados, procurei evidenciar e utilizar estratégias motivadoras para com esta e família, utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento, transmitindo conhecimentos e habilidades no sentido de permitir o desenvolvimento de competências e de promover a literacia em saúde para que as crianças e suas famílias sejam responsáveis e promotores da sua própria saúde. Na comunicação mantive sempre uma postura de disponibilidade total, dando espaço e tempo aos pais, crianças/jovens, para exporem as suas dúvidas e preocupações. A criação de oportunidades para a participação dos mesmos, na prestação de cuidados num modelo de parceria, envolvendo os pais, em todas as atividades realizadas e aproveitando todas as ocasiões para

reforçar e realizar ensinamentos, no sentido de promover e facilitar o seu papel como principais cuidadores, assim como o desenvolvimento da parentalidade positiva. Também na promoção de cuidados antecipatórios aproveitei todos os momentos para realizar ensinamentos nomeadamente na prevenção de acidentes e prevenção e tratamento da dor.

Os cuidados de enfermagem têm implícitas habilidades interpessoais, comunicacionais e relacionais. Phaneuf (2005, p.23) define comunicação como um processo de troca de informação, no qual "(...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes" e, em saúde, a comunicação tem como "(...) objetivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, no sentido da promoção da saúde, bem-estar e prevenção das situações de doença, risco e vulnerabilidade" (Ramos, 2012, p.3). Phaneuf (2005) refere, no entanto, que diferentes fatores podem influenciar positiva ou negativamente a comunicação, podendo influenciar a prestação de cuidados, sua continuidade e qualidade, pondo em causa o bem-estar e a recuperação da saúde do cliente. Assim, é essencial, no cuidar, uma comunicação culturalmente sensível e adaptada a cada família e situação.

Este estágio foi um investimento pessoal importante pois era o que considerava mais fora da minha área de conforto. A minha atividade profissional é sobretudo dirigida à criança doente. Este estágio permitiria investir numa área completamente distinta que é a intervenção na criança saudável, maximização da saúde e prevenção da doença. No entanto, e porque gosto de desafios e de aprender, estabeleci alguns objetivos e expectativas pessoais direcionados para o meu crescimento pessoal e profissional. Um dos objetivos pessoais prendia-se com desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem em contexto de cuidados de saúde primários.

O novo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em consonância com o Plano Nacional de Saúde visa compreender a saúde como resultante das condições de vida e qualidade de vida, identificando a promoção da mesma como um processo de capacitação e participação da comunidade para atuar na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde, priorizando-se os contextos políticos, os recursos sociais e económicos, e as capacidades e habilidades individuais dos clientes. O programa nacional de saúde infantil e juvenil salienta também a importância de avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial (Portugal, MS, DGS, 2012).

A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são um imperativo a todos os níveis, mas para que haja constantes ganhos em saúde infantil, deve haver uma vigilância adequada do desenvolvimento da criança/jovem, promovendo o desenvolvimento e crescimento infantil saudável considerando as especificidades e exigências de cada etapa da fase do ciclo vital.

A Consulta de Saúde Infantil e Adolescência deve ser realizada por enfermeiros que conheçam profundamente as famílias de quem cuidam (história familiar e individual de cada pai, estilo de vida da família, modo como expressam os afetos e lidam com conflitos. Assim interessa, atuar numa perspetiva holística, centrando-se nas necessidades atuais da criança e família, identificando os diferentes riscos familiares, adequando as suas intervenções e integrando na sua prática uma filosofia de cuidados centrados na família e de parceria de cuidados, permitindo que os pais participem na consulta englobando-os no ato de cuidar. Esta díade permite capacitar os pais e cuidadores e permite aos enfermeiros conhecer as histórias completas e complexas das famílias. Este facto, permite reconhecer precocemente fatores de risco ambientais e biológicos, o que possibilita intervir precocemente e agir de encontro a um objetivo terapêutico, com base na confiança, entre ambas as partes, sem esquecer que se a criança vivenciar um ambiente favorável ao seu desenvolvimento saudável as suas probabilidades de sucesso serão mais elevadas. Assim, atuamos na saúde da família para promover o desenvolvimento e crescimento infantil saudável. A vantagem deste conhecimento mútuo repercute-se num ambiente de confiança e de ajuda recíproca, que leva, menos crianças a recorrerem ao serviço de urgência com motivos de ambulatório, logo, gera-se menos gastos em saúde e maior confiança no sistema de saúde existente.

Durante o estágio detive o privilégio de vivenciar este conhecimento das famílias e de contribuir para uma avaliação familiar multidisciplinar promovendo o desenvolvimento e crescimento infantil direcionando as intervenções para cada família especificamente tendo em conta todo o seu contexto relacional e socioeconómico. Neste campo de estágio foi possível perceber que as famílias, quando os filhos estão saudáveis, estão muito mais disponíveis e recetivas á promoção da saúde e aquisição de novas competências que lhe permitam ser promotoras da sua própria saúde. No âmbito dos cuidados antecipatórios pude verificar que as mães mostram grande interesse, pois aprender a lidar com situações que possam surgir, torna-as mais confiantes.

A participação ativa nas consultas de saúde infantil, permitiu ganhar destreza nos registos no boletim de saúde infantil bem como aproveitar todos os momentos para promover estilos de vida mais saudáveis, bem como elucidar os pais sobre os acidentes mais frequentes e como evitá-los bem como orientar os pais para os problemas de saúde mais comuns na

criança e quais os fatores de gravidade que devem levar os pais a dirigir-se a um serviço de urgência. Pais informados, são pais mais confiantes.

A profissão de enfermagem sendo única promove o bem-estar ideal da criança/jovem e através da manutenção e restabelecimento da estabilidade em interação dinâmica com o ambiente. A criança é um ser em desenvolvimento, de maior vulnerabilidade, em sucessiva conquista de autonomia, altamente dependentes dos prestadores de cuidados de saúde e em íntima relação no binómio criança-família/pessoas significativas, exige cuidados de enfermagem especializados com vista a um cuidar em parceria para uma otimização da saúde da criança e família/pessoas significativas. Mano (2002) descreve que: as crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais o que pode provocar desequilíbrios no crescimento e desenvolvimento ao longo do seu ciclo de vida.

O plano nacional de vacinação surge como promotor, desde o nascimento, de um desenvolvimento saudável e têm como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível. A promoção e cumprimento do plano nacional de vacinação é uma intervenção de enfermagem de grande importância. Os enfermeiros devem ser capacitados para promover ações educativas e realizar ensinamentos acerca dos tipos de vacinas, vantagens das mesmas, as doenças para as quais conferem imunidade e quais os efeitos secundários das vacinas nomeadamente sintomas que possam surgir e que devem ser minimizados ou valorizados. Durante o estágio pude verificar que existe uma preocupação muito grande de toda a equipa para que todas as crianças possuam um plano de vacinação atualizado para a idade. Ressalta-se que cabe ao enfermeiro o papel de prevenir, identificar e proceder às ações necessárias aos eventos adversos pós-vacinação. O registro desses eventos em base de dados do Sistema de Informação de Eventos Adversos pós-vacinação é fundamental para a sua vigilância e para direcionar a conduta de enfermagem adequada a cada evento, sendo notória a preocupação dos enfermeiros em explicar aos pais que devem ligar ou, dirigir-se novamente ao centro de saúde, caso surjam reações adversas à vacinação administrada.

O segundo objetivo pessoal prendia-se com estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional uma vez que nas USF existe um trabalho conjunto de prestação de cuidados familiares que englobam uma equipa multiprofissional. O modelo assistencial das USF promove o trabalho em equipa no sentido de uma prestação de cuidados mais ampla e abrangente com a participação ativa da comunidade.

O terceiro objetivo estava direcionado para a visita domiciliária ao recém-nascido. Este tipo de visita, essencialmente de enfermagem, mas que pode compor uma equipa

multidisciplinar, tem como objetivo principal a vigilância do recém-nascido até ao 15º dia de vida, no seu contexto sociofamiliar, no sentido de verificar quais as condições habitacionais, avaliação de risco social, fornecer apoio familiar e esclarecer dúvidas que a família possa ter, uma vez que o nascimento de uma criança é sempre um momento gerador de felicidade, mas também, de ansiedade e incerteza. A visita domiciliária ao Recém-nascido e família, abrange uma estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico nas famílias, que é o nascimento de um filho. Permite não só realizar a avaliação da condição de saúde do Recém-nascido, mas também o ambiente familiar, fundamentais para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Os dias que se seguem ao parto são difíceis, pois as famílias sentem necessidade de se adaptar a um novo ritmo de vida, á chegada de um novo ser ao seio familiar com características e necessidades muito específicas, também tem de recuperar das alterações físicas e psicológicas causadas pela gravidez e pelo parto, ou seja, este momento implica uma reestruturação na vida familiar e uma adaptação à nova condição. A duração do internamento hospitalar após o parto diminuiu consideravelmente nos últimos anos, pelo que a oportunidade que as famílias têm para esclarecer dúvidas nesse contexto, é mais diminuta (Teixeira, 2011). A prestação de cuidados de saúde domiciliários facilita a continuidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar, sendo um espaço privilegiado, que permite estabelecer uma relação de proximidade, pelo contacto e interação em contexto familiar e tem como objetivos prestar apoio, ensino e aconselhamento, para que cada família adquira competências e ultrapasse, com sucesso, as dificuldades inerentes a esta nova etapa. Importa com esta visita assegurar o bem-estar e a maximização de saúde da criança e da própria família, promovendo a Parentalidade positiva, numa relação de parceria para promover o maior estado de saúde possível, proporcionando educação para a saúde, e identificando e mobilizando recursos de suporte à família.

Neste contexto de pandemia esta visita domiciliária, faz ainda mais sentido, uma vez que, na maioria das famílias o rendimento mensal baixou e importa perceber até que ponto conseguiram adaptar a casa á chegada de um novo membro, tendo em conta recursos económicos mais escassos. Assume também especial importância no sentido de fornecer apoio familiar uma vez que agora as famílias estão mais isoladas, não podendo receber visitas de familiares que poderiam dar algum apoio e transmitir algum conhecimento. No entanto, durante a realização do estágio não foi possível participar em nenhuma visita domiciliária ao recém-nascido uma vez que não foi realizada nenhuma durante esse período. Concomitantemente pude realizar a primeira consulta a dois recém-nascidos durante o estágio. Estas são consultas muito demoradas em que o enfermeiro necessita de se focar nos

cuidados ao recém-nascido, mas também nos cuidados á puérpera e ainda avaliar a interação familiar no sentido de ajudar em caso de crise familiar.

O quarto e último objetivo pessoal prende-se com desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados atraumáticos e controlo da dor na criança\_ sendo que no âmbito do quadro de referência da Enfermagem Pediátrica, os cuidados não traumáticos assumem primazia na redução dos aspetos negativos associados à hospitalização e aos cuidados de enfermagem de um modo geral, uma vez que dizem respeito ao “(...) fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer lugar, no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.3). Salienta-se que os cuidados não traumáticos, constituem um direito da criança e do jovem, sendo que o artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada, preconiza que “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2009, p.16).

Neste âmbito e tendo em conta que a USF desconhecia o protocolo da sacarose e os benefícios do seu uso no controlo da dor em procedimentos, elaborei e apresentei o protocolo da sacarose a toda a equipa daquela USF.

Cabe ao enfermeiro “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010, p.4), tanto nas sessões de vacinação como na realização de procedimentos como o teste do pezinho, tive especial atenção à necessidade de alívio e controlo da dor inerente ao procedimento em questão através da otimização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Neste contexto verifiquei que a gestão da dor nas crianças e nos jovens é realizada, de acordo com a idade, essencialmente através de diferentes estratégias não farmacológicas, muito centradas apenas na presença dos pais, e no aconchego, existindo na equipa um conhecimento deficitário a nível das estratégias farmacológicas.

A dor é, de um modo geral, pouco valorizada, pelo que, quando são realizados procedimentos dolorosos os enfermeiros não identificam o foco de dor, não elaborando um diagnóstico nem selecionando estratégias de intervenção, ou seja, não era realizado qualquer registo no que se refere á dor na criança. No sentido de tentar contornar esta lacuna na equipa realizei uma ação de formação e sensibilização dos enfermeiros da unidade para a problemática da dor e a necessidade de realizar registos, pois o que não se regista, quando existem auditorias, para efeitos legais, não foi realizado. Associado aos procedimentos dolorosos, as crianças manifestam frequentemente perturbações comportamentais, como a resistência verbal, resistência física, pedido de apoio emocional, verbalização da emoção, do

medo e da dor, tendo uma influência bastante significativa nos procedimentos futuros, pela associação a eventos passados.

Ainda no âmbito do controlo da dor pude constatar que os pais estão pouco despertos para a necessidade de controlo da dor na criança pelo que elaborei um folheto abordando cuidados na dor direcionado aos pais.

### 2.3 Estágio de Neonatologia

O Estágio de Neonatologia decorreu num período compreendido entre 1 de março e 23 de abril de 2021, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da região centro do país, onde foram realizadas 130 horas de contacto.

#### 2.3.1 Análise Reflexiva

Os avanços constantes a nível da investigação na área de neonatologia, permitiram tomar consciência que qualquer criança surge no mundo como ser único, em construção, com características próprias, que necessita de amor, segurança, afeto e estímulos durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento, maioritariamente e geralmente, providenciados pelo núcleo familiar, o que torna evidente a necessidade de uma assistência de saúde a nível familiar.

O nascimento é o processo pelo qual o feto vivo ou morto, é expulso ou extraído da mãe, independente da idade gestacional. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) um bebê prematuro, pode também ser chamado de pré-termo, sendo aquele que nasce antes de 37 semanas de gestação completas. Quanto mais prematuro for, maiores são os riscos para a sua saúde, pois os seus órgãos e sistemas ainda não estão completamente desenvolvidos. No entanto, devido aos constantes avanços da medicina, aos avanços tecnológicos e aos cuidados de saúde cada vez mais especializados, as hipóteses de sobrevivência, sem sequelas de desenvolvimento são cada vez mais elevadas.

Um recém-nascido prematuro é, geralmente, internado numa Unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), onde existem profissionais de saúde com conhecimentos diferenciados e onde são utilizados aparelhos e tecnologias que permitem manter o ambiente externo similar à vida intrauterina, existindo controlo de temperatura, som e ruídos através do uso de incubadoras. O sono é sempre respeitado e existe a política da manipulação mínima.

A evolução das ciências nomeadamente a nível da psicologia e da pediatria, bem como, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem, permitiu

enquadrar os cuidados num sistema de saúde cada vez mais humanizado e diferenciado, capaz de dar respostas eficientes e em tempo oportuno a situações que se prendem com os aspetos físicos, sociais e psicológicos, em torno da saúde e da doença, da hospitalização e da prossecução dos cuidados no domicílio. A tudo isto juntou-se uma nova conceção de cuidados, a parceria de cuidados, o que aprovou a permanência dos pais em período integral durante o internamento bem como a sua participação no cuidado, sobressaindo novas formas de organizar o cuidado na assistência à criança hospitalizada e sua família, emergindo a necessidade de olhar para a família como objeto do cuidado.

O modelo da Parceria de Cuidados, surge em 1988 como o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família, elaborado por Anne Casey e realçando a importância e valorização fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem nos cuidados à criança (Casey, 1993). Klaus & Kennel (1978) citados por Lowdermilk & Perry (2008), enfatizam a necessidade e importância do contato próximo entre os pais e o RN nos primeiros momentos de vida, como evento facilitador da vinculação e como promotor de um ótimo desenvolvimento posterior.

Em suma, a filosofia de cuidados ao recém-nascido de termo ou pré-termo defende a família como o local privilegiado dos cuidados, pelo que, o modelo de cuidar em pediatria passou a ser um cuidar humanizado centrado na família e na parceria de cuidados com esta. A família passou a ser a chave essencial para a humanização dos cuidados e é sugerida como uma forma de minimizar possíveis problemas decorrentes da falta de vinculação precoce, uma vez que, se respeita a relação do prematuro com os pais, ao mesmo tempo que se assegura um planeamento de cuidados que engloba não apenas as necessidades do prematuro, mas também da família preparando a família para a alta desde o momento da admissão. Nesta abordagem holística do cuidado torna-se necessário uma enfermagem atuante, que priorize a promoção da saúde através de uma assistência educativa e que capacite a família dando-lhe confiança para assumir uma postura ativa no cuidado ao prematuro.

A parceria de cuidados, segundo Casey (1993), baseia-se na negociação de cuidados e não na imposição de limites à participação dos pais no cuidado à criança, respeitando sempre as necessidades do RN e das famílias. O envolvimento das famílias nas decisões, respeitando as suas necessidades, preferências e valores constitui, recentemente, um importante indicador de qualidade (JCI, 2017).

A negociação da parceria de cuidados é considerada o mais elevado nível de participação na prática de cuidados, devendo o enfermeiro deter capacidades comunicacionais para clarificar quais os cuidados que a família deseja prestar e manter com

a família uma relação empática que lhe permita desenvolver ações conjuntas complementares, com vista ao bem-estar da criança. Neste processo, além do envolvimento, o enfermeiro deve ser capaz de proporcionar ensino, orientação e apoio específico à família, de modo que a participação dos pais seja fundamentada em decisões informadas. A sua conduta deve ser alicerçada no respeito, flexibilidade e valorização das necessidades de cada criança e de cada família, uma vez que a admissão do RN numa UCIRN é sempre uma situação causadora de stress e de desorganização familiar, devido á maior instabilidade do RN.

Na UCIRN toda a equipa de enfermagem tem o cuidado de englobar a família no cuidar, dando-lhe alguma autonomia no cuidar do RN para promover a confiança e prevenir a ansiedade e depressão das mães.

Durante os momentos de cuidar, o enfermeiro deve assistir os pais e validar a sua capacidade de cuidar do seu bebé prematuro e com algumas necessidades especiais. Muitas das vezes as mães, devido a sua condição de saúde, ausentam-se por longos períodos ou não podem acompanhar o internamento do seu filho prematuro na unidade, pelo que cabe aos enfermeiros suprir as necessidades do prematuro ou recém-nascido instável, mantendo a preocupação constante em promover o seu normal crescimento e desenvolvimento, não esquecendo o necessário processo de vinculação entre o prematuro e a sua família, tendo os enfermeiros o cuidado de tirar fotos e enviar aos pais.

O cuidar em cuidados intensivos neonatais foca-se na criança pré-termo em situações específicas do processo de saúde-doença, e família, integrada num programa de avaliação e cuidados individualizados para o desenvolvimento do recém-nascido – NIDCAP, o qual visa reduzir, ao máximo, o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro, em processo de crescimento e desenvolvimento fora do útero materno (Santos, 2011).

O programa NIDCAP assenta na avaliação e observação do recém-nascido, na sua interação com o cuidador e o ambiente, através do Assessement of Preterm Infants' Behavior (APIB). A APIB é um instrumento baseado na Teoria de desenvolvimento Síncrono-Ativo e baseia-se na "The Neonatal Behavioral Assessement Scale" (NBAS) e permite efetuar uma avaliação sistemática do desenvolvimento comportamental dos recém-nascidos prematuros, focando-se na avaliação da organização comportamental. Desta emergem propostas de intervenções que conseguirão auxiliar no equilíbrio de 5 subsistemas (Autonómico, Motor, Estado Comportamental, Atenção e Interação social e Autorregulador). A avaliação destes Subsistemas possibilita: demarcar a tolerância do recém-nascido às manipulações; determinar a maturidade de cada subsistema; avaliar sinais de stress comportamentais (Tónus muscular - extensão dos membros inferiores; postura; caretas; eliminação; soluços,

regurgitação, bocejo; alteração no ritmo cardíaco/baixas de SpO<sub>2</sub>; estado do sono/habilidade em permanecer no estado de alerta; alteração de cor) durante a interação com o ambiente circundante. Esta avaliação permite planejar e desenvolver um plano de cuidados específico para as necessidades de cada recém-nascido.

De um modo geral e sucinto importa que o ambiente hospitalar e as equipas de saúde em neonatologia sejam adequadas as necessidades das crianças e suas famílias de modo a assegurar as necessidades físicas, emocionais, psicológicas e desenvolvimentais, respeitando crenças e valores. Existe no serviço protocolos de cuidados de apoio ao desenvolvimento, que permite o planeamento de intervenções que satisfaçam o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo ou em situações específicas do processo saúde/doença o que permite assegurar a continuidade e uniformização dos cuidados.

Todos estes instrumentos vão surgindo no sentido de melhorar o cuidar e denotam a importância da necessidade de atualizações contínuas e progressivas competências teóricas, indispensáveis a um cuidar de qualidade, tornando-se por isso “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade” (Fonseca, 2015, p.1).

Também Vasconcelos (2012) afirma a necessidade de existirem por parte dos enfermeiros de neonatologia cinco cuidados essenciais para o desenvolvimento da criança, sendo eles: a proteção do sono; a avaliação e gestão da dor/ stress; o apoio às atividades de vida diária, tais como o posicionamento, a alimentação oral, sempre que possível, e a integridade cutânea; os cuidados centrados na família; e a presença de um ambiente saudável.

No que diz respeito ao objetivo de desenvolver competências na amamentação do prematuro pude constatar a sua importância no desenvolvimento psico-motor e relacional do prematuro. Na UCIRN esta alimentação é a mais defendida por toda a equipa. O leite materno contém enzimas que ajudam a digestão do bebé, bem como o fator de crescimento epidérmico, que, por seu lado, ajuda o intestino a amadurecer. Os bebés prematuros alimentados principalmente com leite materno têm uma permeabilidade intestinal significativamente inferior à dos bebés alimentados essencialmente com leite de fórmula. “A amamentação deve ser considerada prioridade para o recém-nascido (RN), pois contém uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e económicos, todos os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, especialmente para o

premature, devido a sua maior vulnerabilidade” (Silva *et al.*, 2012).

Estas qualidades são reconhecidas e inquestionáveis adquirem maior importância quando cuidamos de recém-nascidos pré-termo (RNPT), pois são seres mais vulneráveis. O Aleitamento favorece também a vinculação mãe-filho especialmente quando estão em unidades de cuidados intensivos uma vez que as mães acabam por aproveitar o momento da amamentação para o contacto físico com o bebé sendo um momento também benéfico para as mães.

O aleitamento do prematuro torna-se um grande desafio e depende do tamanho do bebé, da idade gestacional e de seu estado geral de saúde, sendo que em grande prematuridade o leite materno é administrado por SNG, uma vez que o bebé ainda não possui capacidade para mamar diretamente na mama da mãe. Os RNPT apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em alerta por períodos muito curtos, daí a necessidade de contornar esses fatores e colocar uma SNG para administração de leite, habitualmente por gavagem. Na unidade o leite materno é habitualmente enriquecido com Aptamil Fms fortificante do leite materno, de acordo com a prescrição médica.

Toda a equipa está muito sensibilizada e disponível para ajudar e facilitar o aleitamento materno, facilitando horários, disponibilizando máquinas extratoras de leite e dando apoio e encorajando as mães, mesmo quando estas não conseguem extrair o leite necessário para o seu prematuro. No âmbito de colaborar com a equipa no incentivo do aleitamento às mães de prematuros elaborei com uma colega, um folheto informativo para as mães, no sentido de as incentivar e sensibilizar para a importância do aleitamento materno no desenvolvimento e estabilidade do seu filho prematuro.

No que se refere ao objetivo: estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional considero que foi atingido pois toda a equipa é muito acessível e disponível para receber novos membros em aprendizagem favorecendo o clima de ensino e aprendizagem.

Fazia também parte dos objetivos pessoais desenvolver competências especializadas no cuidar do prematuro sujeito a ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI). Durante o estágio houve a oportunidade de prestar cuidados a prematuros com ventilação invasiva e também assistir á entubação de um prematuro. O procedimento nem sempre exige sedação pois são crianças gravemente doentes e o procedimento em si é rápido. Cabe ao enfermeiro preparar o ambiente e o material tendo o cuidado de respeitar os cuidados de assepsia, inerentes ao procedimento, bem como colaborar e dar apoio á equipa médica durante o procedimento. A ventilação mecânica constitui um módulo de suporte

ventilatório com utilização de pressão positiva nas vias aéreas através do uso de um tubo endo/ nasotraqueal, uma máscara laríngea ou cânula de traqueostomia. Estas próteses introduzidas na via aérea promovem a oxigenação e ventilação, sendo que no serviço a ventilação não invasiva é a preferencial, sempre que o estado hemodinâmico do RN o permite, pois é um método menos invasivo e com menos probabilidade de complicações. O seu principal objetivo é melhorar a capacidade residual funcional, uma vez que diminuí as áreas de atelectasias e melhora as trocas gasosas. O modo de ventilação não invasiva mais comum na UCIN é o CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) que, como o nome indica, mantém uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, durante o ciclo respiratório.

Quando existe necessidade de colocar ventilação invasiva, a via orotraqueal é a via de eleição para manter a permeabilidade das vias aéreas e evitar a morbimortalidade em situações clínicas graves. O seu objetivo é estabilizar, manter ou proteger as vias aéreas comprometidas, permitir uma boa higiene brônquica, bem como a ventilação mecânica e a oxigenação adequada (Oliveira *et al.*, citado por Vidal *et al.*, 2010).

Dentro da ventilação mecânica invasiva existem inúmeras modalidades e, embora a sua escolha seja de responsabilidade do médico, o enfermeiro necessita de conhecimentos para a manter eficaz.

Relativamente ao objetivo pessoal relacionado com a dor este prende-se com a minha área de interesse, mas também pelo facto de desde há muitos anos existir uma elevada preocupação dos enfermeiros das unidades de cuidados intensivos neonatais, no entanto, é ainda abordada de uma forma um pouco empírica, não existindo ainda protocolos de avaliação ou tratamento formalizados.

A dor é considerada um fenómeno universal e transversal a todo o ciclo de vida, sendo considerada pela DGS como sendo o quinto sinal vital, sendo a sua parametrização uma norma de boas práticas (OE, 2008). Esta possui inúmeras definições, tendo ao longo dos anos o conceito sofrido atualizações devido ao maior conhecimento do fenómeno. A dor é, segundo a Associação Internacional para o estudo da dor (IASP) uma 'experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões tecidulares reais ou potenciais' (IASP, 2012, s.p.) já segundo a DGS 'a dor é uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório, mas, por vezes, na ausência de estímulo (Portugal, MS, DGS, 2013, p.1)

Em contexto de cuidados intensivos tem-se assistido a um aumento significativo dos avanços tecnológicos e meios de diagnóstico cada vez mais sofisticados, quer a nível de diagnóstico, monitorização e tratamento, aumentando significativamente o potencial de presença de dor no RN. O enfermeiro é responsável pelos cuidados, mas também por

proteger o interesse do RN, pois segundo o código deontológico o enfermeiro tem o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética, ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE, 2015, p.51).

No sentido de promover a saúde e o bem-estar existe por parte dos enfermeiros uma preocupação em controlar o ambiente do recém-nascido, reduzir o ruído e a luz, número de manipulações, utilizando inúmeras estratégias, tais como, presença dos pais, métodos de contenção e realização da posição de canguru, amamentação ou sucção não nutritiva. Conclui-se assim que existe uma preocupação crescente com o controlo da dor no recém-nascido, no entanto é ainda muito pouco frequente a avaliação, sistematização e registo das medidas de alívio da dor, sendo que cabe ao enfermeiro “avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados” (OE, 2008, p.7).

Se pensarmos, os cuidados de controlo da dor, a promoção do conforto e a prestação de cuidados que promovam o normal crescimento e desenvolvimento estão interligados e um mesmo cuidado pode beneficiar a criança em várias áreas. O uso de estratégias não farmacológicas era evidente, no entanto existiam ainda instituídas estratégias farmacológicas como a administração de morfina sempre que se previam cuidados ou exames de diagnóstico que pudessem causar dor ou sofrimento severo. Também nas punções venosas ou cutâneas era sempre utilizada a sacarose a 24%.

As intervenções mais utilizadas no serviço são as não farmacológicas, sendo estratégias seguras, não invasivas e de baixo custo e geralmente de cariz autónomo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apesar de na UCIN a prioridade ser a recuperação da criança, as medidas de combate a dor aumentam a homeostasia e estabilidade do RN, sendo fundamentais para a redução e gestão do stress do internamento. O estímulo doloroso tem repercussões a nível fisiológico e comportamental, comprometendo o bem-estar do RN, aumentando o risco de morbilidade e mortalidade. Na UCIN as crianças estão sujeitas a agentes endógenos e exógenos geradores de stress e dor, para além da dor decorrente do processo de doença, dos procedimentos de diagnóstico e terapêuticas a que estão sujeitas. Assim torna-se eminente a importância da avaliação da dor e da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, no sentido de a prevenir e controlar.

No RN os sinais e sintomas que estão habitualmente associados a dor podem não ser exclusivamente de dor, podendo estar relacionados com medo, stress ou problemas fisiológicos (Fournier-Charrier, 2007) ou ainda relacionados com desconforto decorrente do posicionamento, ruído forte, luminosidade excessiva, entre outros fatores (Hockenberry &

Wilson, 2014). A estes fatores acresce o facto de a relação mãe-RN estar ainda a estabelecer-se pelo que esta não sabe ainda reconhecer os sinais de dor no seu filho. Posto tudo isto, é evidente a complexidade da avaliação da dor no RN, porque “a apreciação da dor na criança pré-verbal é difícil, especialmente no recém-nascido, uma vez que o autorrelato, o indicador mais fiável de dor, não é possível” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.198). Desta forma, para se obter uma avaliação da dor o mais próxima possível do real, nesta faixa etária, recorre-se à avaliação das mudanças fisiológicas e à observação comportamental.

A identificação da dor no RN é um cuidado de enfermagem fundamental para promover o bem-estar e o crescimento e desenvolvimento adequado uma vez que a dor interfere no restabelecimento da sua saúde. Dada a subjetividade da perceção da dor, a sua avaliação e tratamento são complexas, no entanto o uso de escalas permite um maior rigor, objetividade e uniformidade. A avaliação da dor deve ser feita com recurso a instrumentos/ escalas já validadas, que ofereçam critérios de fiabilidade e de reprodutividade (Fournier-Charrier, 2007; Melo *et al.*, 2014). No que se refere á avaliação da dor as escalas utilizadas no serviço são a de EDIN e a PIPPS.

A Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-NÉ (EDIN) é uma escala de avaliação comportamental, de referência em unidades de cuidados intensivos neonatais, que permite avaliar todos os tipos de dor e é de aplicação simples e rápida. Pode ser utilizada em prematuros ou em recém-nascidos de termo até aos três meses de vida (Debillon *et al.*, 1994; Pédiadol, 2015), e de acordo com muitos autores pode mesmo ser utilizada a partir da 25ª semana de gestação e até ao ano de idade (OE, 2018). Avalia a dor pela observação de cinco indicadores comportamentais havendo a necessidade de formação e treino dos profissionais para a sua aplicação bem como um contacto mínimo de quatro horas para que o score obtido possa refletir o estado da criança (Debillon *et al.*, 1994; Pédiadol, 2015).

A Premature Infant Pain Profile (PIPP) é uma escala multidimensional inicialmente desenvolvida para avaliar a dor em procedimentos dolorosos, necessita de uma avaliação suplementar em RN com muito baixo peso. Composta por indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais. Esta escala encontra-se validada para recém-nascidos de termo e prematuros (Hockenberry & Wilson, 2014) e é rigorosa, apresentando bons indicadores de viabilidade e capacidade de detetar as mudanças, sendo que a sua aplicação demora cerca de um minuto.

É fundamental que a equipa multidisciplinar, em particular as equipas de enfermagem, consigam identificar as reações fisiológicas á dor no momento em que o RN é submetido a um procedimento doloroso, para que se possa intervir de modo a diminuir essa dor, prestando assim uma assistência de enfermagem cada vez mais humanizada.

Nem sempre é possível evitar a dor, mas se diminuirmos o nível de agressão, diminuiremos os efeitos nefastos da mesma na homeostasia e estabilidade do RN.

Por último, relativamente ao objetivo pessoal direcionado para o desenvolvimento de competências na promoção da parentalidade e da vinculação o envolvimento emocional materno, tem sido um tema amplamente debatido e estudado por diversos autores ao longo de vários anos. Os vínculos precoces são fundamentais para a sobrevivência do RN, possibilitando a manutenção do contacto e proximidade com os cuidadores, sendo construída de forma gradual e alicerçando-se sobre a interação estabelecida entre os pais e o filho.

É com a perspetiva do nascimento de um filho que se inicia o projeto de vida de se tornar mãe ou pai, sendo na maioria dos casos um dos papeis sociais mais exigente desempenhado pelo individuo ao longo da sua vida. O papel parental, apresenta um carácter singular, diretamente relacionado com todo um conjunto de competências emocionais, comportamentais e cognitivas que exigem uma adaptação a novos modos de ser e viver (Janisse *et al.*,2009).

Segundo Cruz (2005), a dimensão comportamental da parentalidade tem sido muito estudada com vista a identificar aspetos relacionados com os fatores que determinam a diferenciação da ação parental, os contextos em que estas ações se desenrolam e concretamente o tipo de ações que integram este papel. O exercício da parentalidade positiva engloba aspetos relacionados com a mudança, adaptação e aprendizagem, necessários para que os pais contruam a sua própria parentalidade, adquirindo competências necessárias à tomada de decisão parental de acordo com as suas perceções (Fielden & Gallagher, 2008).

Os pais deverão ter noção das suas próprias capacidades para fazer face às exigências e responsabilidades impostas pelo papel parental. Face a experiências positivas relacionadas com os cuidados aos filhos, os pais desenvolverão a crença nas suas próprias capacidades. Por outro lado, se o seu desempenho for entendido como difícil ou frustrante, será vivido como um acontecimento gerador de stress, influenciando a relação pais-filhos de uma forma menos positiva (Russel,1997).

Neste sentido, toda a equipa de saúde da UCIRN tem um papel fundamental no sentido de manter os pais com um papel ativo no cuidar de modo que estes se sintam uteis e se sintam seguros para cuidar dos seus filhos prematuros.

A capacitação surge como um dos elementos centrais na parentalidade, implicando a valorização das forças da criança, refletindo a crença de que os pais devem respeitar a capacidade evolutiva dos filhos e reconhecendo que a infância e a parentalidade são ambos processos dinâmicos. A parentalidade positiva integra, como uma das suas principais

vantagens, esta promoção da capacitação dos pais para o desenvolvimento do papel parental (Lopes *et al.*, 2010)

De acordo com o ICN (2019) o enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve atuar de forma a promover a vinculação de modo sistemático, de uma forma particular no caso do RNPT, ou RN doente ou com necessidades especiais. A vinculação precoce é a pedra basilar de uma parentalidade efetiva cabendo ao enfermeiro ajudar os pais a ultrapassar o evento crítico que se prende com o facto da hospitalização do seu filho logo após o nascimento. A promoção do contacto físico, o permitir desde muito cedo que as mães façam método canguru é a melhor forma de promover o início de uma parentalidade efetiva. Com o passar dos dias os pais vão-se sentindo mais seguros e então devem ser integrados no cuidar tendo alguma liberdade, na mudança da fralda e avaliação de sinais vitais.

Perante a instabilidade do RN admitido numa UCIRN, os pais sentem dificuldade em se ajustar á situação devido á preocupação e angústia que sentem e, por conseguinte, veem diminuída a sua capacidade de responder adequadamente às necessidades exigidas no momento (Magalhães, 2011).

Quando os pais necessitam de ajuda para se adaptar, cabe ao enfermeiro reforçar as capacidades individuais dos pais, permitindo-lhe que adquiram a autonomia desejada nos cuidados à criança. O enfermeiro deve ser experiente e perspicaz no sentido de avaliar o desenvolvimento da parentalidade e negociar a participação dos pais nos cuidados ao RN, ou seja, o enfermeiro cuida para capacitar, assumindo um papel crucial no processo de capacitação parental e integrando um apoio importante no exercício dos cuidados que visam dar resposta às necessidades das crianças. (Lopes *et al.*, 2010; Mello & Lima, 2009) e na capacitação dos pais para a preparação para a alta.



## **PARTE II – Estudo Empírico**



### 3.- Enquadramento teórico

A dor é um dos sintomas mais antigos e intrigantes da história da humanidade, pelo que tem sido objeto de estudo de várias disciplinas (Candido & Tacla, 2015) especialmente pela medicina. Existem vários tipos de dor, mas todos os tipos de dor conduzem ao sofrimento (Portugal, MS, DGS, 2017). Assim, a dor, pode ser caracterizada como aguda quando é limitada no tempo ou crónica quando se prolonga no tempo por mais de 3 meses.

A dor aguda, pode resultar de uma lesão ou disfunção orgânica e constitui um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde pela população no geral (Portugal, MS, DGS, 2008).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor [PNPCD] (2017), defende que a abordagem dos profissionais de saúde deveria basear-se numa formação contínua, adequada e atualizada ao longo de todo o percurso profissional. Importa ainda salientar a importância da capacitação e sensibilização dos cidadãos para uma adequada gestão da dor, promotora da literacia em saúde (Portugal, DGS, MS, 2017).

#### 3.1 Concetualização da dor

A dor é uma experiência mundial, sentida por todo o ser humano, em algum momento da sua vida. A sua perceção varia de pessoa para pessoa, sendo, portanto, uma resposta subjetiva.

As tentativas de definir a dor têm um carácter universal e continuo ao longo dos anos. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) define-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (2018, p.48).

A dor, devido á sua complexidade, necessita de uma abordagem ampla e multidimensional, pois “envolve fatores físicos, psicológicos, emocionais e sociais, entre outros” (Ribeiro, 2013, p. 33). Portugal tem investido em programas de controlo da dor tais como o Plano Nacional de Luta Contra a Dor que a define como “uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nómico provocatório,

mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a percepção e o estímulo é variável, dependendo das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo” (Portugal, MS, DGS, 2013, p.1).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde lançou, em 2003, uma circular normativa nº 9/DGCG, definindo a dor como “o 5º sinal vital”, sendo a sua avaliação e controlo um direito do doente e um dever do profissional de saúde (Portugal, MS, DGS, 2003), pelo que, surgiu a necessidade por parte da Direção-Geral da Saúde, de criar um Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor que desse ênfase à necessidade dos profissionais de saúde investirem em formação aprofundada, especializada e atualizada sobre a dor, no sentido de melhor avaliarem e controlarem a dor (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2017, p.4).

Assim, também em enfermagem o valor atribuído à dor tem aumentado no sentido de melhor a conhecer para assim melhor a avaliar e controlar, pois só dessa forma poderemos prestar cuidados humanizados e com eficácia e eficiência. Deste modo, na CIPE (2019) a dor é definida como: “Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”

### 3.2 A vivência de dor na criança

A dor é percebida por crianças, jovens, adultos e idosos, de acordo com as suas características físicas, emocionais, sensoriais e sociais, sendo a subjetividade uma das suas maiores características, nomeadamente em pediatria, pela dificuldade que muitas das vezes as crianças têm em se expressar (Batalha, 2010). Devido à sua complexidade, a dor deve ser acreditada, avaliada e tratada com o merecido zelo, respeito e conhecimento, adotando uma postura holística do cuidar (Allen *et al.*, 2018, p.368).

A dor na criança e jovem foi durante muitos anos subavaliada, subtratada e subvalorizada (Candido & Tacla, 2015), no entanto, nas últimas décadas estudos na área da neurobiologia demonstraram que as crianças não só têm capacidade para sentir dor, como decorrente da imaturidade dos sistemas, têm maior hipersensibilidade aos estímulos dolorosos e stressantes (Fernandes, 2009; Reis, 2009). Assim, ao longo dos anos tem existido uma preocupação crescente, por parte dos profissionais de saúde, com a diminuição do impacto da dor no quotidiano da criança e jovem, existindo um esforço contínuo em estudarem e entenderem a dor enquanto experiência subjetiva e singular, causadora de sofrimento, para assim a conseguir reconhecer, minimizar e, se possível eliminar (Lecussan & Barbosa, 2006).

Tendo em conta o referido, uma adequada “avaliação da dor é o primeiro passo para se alcançar o tratamento eficaz, seja ele farmacológico, não farmacológico ou associado” (Candido & Tacla, 2015, p.527).

Os primeiros olhares sobre os cuidados à criança e jovem emergem na Convenção sobre os direitos da criança de 20 de novembro de 1959, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Em Portugal, desde o ano 2000 era reconhecido que a dor da criança e jovem era sub-avaliada, carecendo da mobilização de diferentes estratégias no seu alívio, fossem elas farmacológicas ou não, carecendo de uma correta avaliação através de escalas e por conseguinte, da construção de protocolos de atuação perante a dor (Fonseca & Santos, 2006).

Nesse sentido, em pediatria, muitos têm sido os avanços na gestão da dor, sendo que a 14 de dezembro de 2010 foi publicada a primeira norma sobre a Avaliação da Dor em Pediatria, pela DGS, valorizando e dando destaque à boa prática de avaliação de dor nesta faixa etária, ressaltando algumas etapas fundamentais como: a história de dor, a importância da avaliação de dor com recurso à utilização de escalas (Portugal, MS, DGS, 2010). Em 2013, surge, elaborado pela OE, o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013).

Considerando a experiência dolorosa como um evento muito abrangente, não nos podemos esquecer que esta pode ser aguda ou crónica e que deve sempre ser avaliada a sua intensidade, utilizando escalas validadas para as diferentes idades, devendo privilegiar-se, sempre que possível, as escalas de autoavaliação. É ainda de extrema importância avaliar as suas características nomeadamente no que se refere à localização; qualidade; duração; frequência; sintomas associados; fatores de alívio e/ou agravamento e uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Importa ainda valorizar as formas de comunicar/expressar a dor; as experiências anteriores traumatizantes, outros problemas de saúde, medos e receios; estratégias e capacitação para a gestão da dor, bem como alguns elementos influenciadores, tais como, o comportamento da criança, o ambiente familiar; os efeitos nas atividades de vida diária; e o impacto emocional e socioeconómico (Portugal, MS, DGS, 2010).

A adequada avaliação e valorização da dor constitui uma premissa de boas práticas de cuidar, uma vez que é essencial otimizar a terapêutica/tratamento a fim de melhorar a qualidade de vida do doente e também no sentido de transmitir segurança aos prestadores de cuidados de saúde. Porém, uma gestão eficaz da dor compreende, não só as intervenções destinadas ao seu controlo, mas também a sua prevenção (Portugal, MS, DGS, 2003, 2008).

### 3.3 Avaliação da dor na criança

Hoje em dia existem orientações muito específicas e direcionadas para a problemática de avaliação da dor, como o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor [PNPCD] (2017), que sobrevaloriza a capacitação e sensibilização dos cidadãos e especialmente, dos profissionais de saúde, para uma adequada gestão da dor (Portugal, MS, DGS, 2017), sendo considerado por diversas entidades acreditadoras a nível internacional, um importante indicador de qualidade de cuidados (JCI, 2011).

A avaliação e controlo da dor deve ser realizada de forma regular, através de instrumentos validados e apropriados às especificidades de cada grupo etário, ao seu estágio de desenvolvimento, nunca descurando a sua individualidade e variabilidade (Batalha & Sousa, 2018). O ministério da saúde em Portugal defende uma avaliação continua e sistematizada pelos profissionais de saúde a todos os níveis de prestação de cuidados, à semelhança dos sinais vitais, constando de uma norma de boa prática clínica (Portugal, MS, DGS, 2003, 2010a).

Neste sentido, os enfermeiros, devem deter ou promover o desenvolvimento de competências que permitam o cumprimento dessas orientações de boas práticas no sentido de valorizar, avaliar e reavaliar a intensidade da dor (Amaral-Bastos & Sousa, 2014), sendo-lhe exigido que conheçam os sinais da dor, bem como as estratégias a implementar para o seu alívio e tratamento (Bottega *et al.*, 2014).

A avaliação da dor deverá ser sustentada, sobretudo na criança pré-verbal, pela observação e interpretação das alterações de expressões comportamentais quando em contacto com o estímulo doloroso. Entre os comportamentos sugestivos de dor, destacam-se a agitação, o choro, a expressão facial, a resposta motora e alterações do padrão de sono/vigília; em contrapartida, entre as reações fisiológicas podem-se destacar o aumento da frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial, a sudorese, a diminuição da saturação de oxigénio, a cianose, a apneia e os tremores (Bottega *et al.*, 2014). Poderão existir também alterações fisiológicas nas crianças expostas a um estímulo doloroso pelo que os instrumentos de avaliação da dor ao dispor dos profissionais de saúde, permitem uma abordagem mais ampla e homogénea. Neste sentido, devem sempre ser utilizadas escalas de avaliação traduzidas e validadas para a população Portuguesa e adotadas pela Direção Geral da Saúde (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, norma nº14/2010).

Importa ainda referir que a dor pode ainda ser influenciada por fatores externos, como aspetos ambientais e emocionais que a desencadeiam ou exacerbam (Bottega *et al.*, 2014). Assim, considera-se que existem fatores “desenvolvimentais (idade, nível de desenvolvimento

da criança), individuais (temperamento, limiar da dor), familiares (modelos de reação à dor, fatores educacionais), contextuais (eventual separação dos pais/ substitutos, ambiente estranho ou ameaçador) e socio-culturais (crenças, religião, etc.)” (IAC, 2006, p.22- 23) que influenciam a resposta de uma criança á dor, sendo da responsabilidade dos profissionais a sua identificação e minimização (Bottega *et al.*, 2014; OE, 2013).

Em idade pré-escolar, as reações mais frequentes a processos dolorosos são: “choro forte, gritos”, associadas a expressões verbais como “dói”, “ai” e “au”, tentativa de afastar o estímulo doloroso, não se mostrando colaborante, e agarrando-se a pessoas significativas, sendo que, muitas das vezes é necessário a contenção física, o que potencia a agitação (Hockenberry & Wilson, 2014, p.189).

Na idade escolar, as reações assemelham-se ás do pré-escolares, manifestando tentativas de fuga, afastamento ou “adiamento” mantendo muitas das vezes, uma postura característica em que, existe rigidez muscular, olhos e/ou punhos fechados e dentes serrados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os instrumentos de avaliação da dor dividem-se em duas categorias, os instrumentos de autoavaliação e os instrumentos de heteroavaliação (Batalha & Sousa, 2018). Relativamente aos instrumentos de heteroavaliação estes podem ser instrumentos de observação do comportamento ou instrumentos compostos (multidimensionais) (Candido & Tacla, 2015). As escalas de heteroavaliação comportamentais, tal como o nome indica, comportam apenas indicadores comportamentais (exemplo: a escala NIPS, a escala EDIN e a escala FLACC e FLACC-R), enquanto as escalas de heteroavaliação compostas integram indicadores comportamentais e fisiológicos (exemplo: a escala PIPP) (Silva & Silva, 2010). Os instrumentos de heteroavaliação devem ser utilizados apenas em crianças incapazes de verbalizar a sua dor, o que as torna mais vulneráveis, impedindo um correto diagnóstico e, conseqüente, tratamento (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; Batalha & Mendes, 2013), estando estas, dependentes da fiabilidade e validade da avaliação realizada pelos seus cuidadores (Batalha & Sousa, 2018).

No estudo de Batalha and Sousa (2018), em que se compara a correlação entre a avaliação da dor pelas crianças/pais/enfermeiros, os autores concluíram que a avaliação efetuada pelos pais tende a aproximar-se mais da realizada pela criança quando utilizam a mesma escala, no entanto os mesmos autores defendem que as escalas de heteroavaliação devem ser utilizadas apenas na criança pré-verbal ou cuja situação clínica impeça a autoavaliação, uma vez que, os enfermeiros e pais tendem a subestimar a intensidade da dor comparativamente com a autoavaliação da criança (Batalha & Sousa 2018). Segundo os

autores quando não é possível obter uma autoavaliação da dor da criança, deve-se privilegiar a escala FLAAC, uma vez que esta é a que apresenta uma melhor correlação com a autoavaliação das crianças (Batalha & Sousa, 2018).

Para Batalha and Sousa (2018), a autoavaliação da dor é considerada o “padrão de ouro”, devendo ser privilegiada sempre que o desenvolvimento da criança e a sua condição de saúde o permita, a partir dos 3/4 anos (Batalha & Sousa, 2018, p.16; MS, 2010). Assim, a criança deverá ter sempre oportunidade de expressar e identificar a sua própria dor através de instrumentos de autoavaliação adequados à sua idade (Portugal, MS, DGS, 2010a).

A Norma 014/2010, propõe como orientações gerais de boa prática na avaliação da dor:

- “a) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- b) Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- c) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- d) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- f) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- i) Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação”

(Portugal, MS, DGS, 2010, p.1).

Considerando que a dor é uma experiência muito abrangente e ambígua a norma 014/2010, refere-se a orientações mais específicas e preconiza a valorização da história da dor, para que os profissionais de saúde melhor possam avaliar e controlar a dor. Esta colheita de informações tem de se realizar assim que possível, tendo em conta os seguintes parâmetros: “a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); b) Fatores de alívio e de agravamento; c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; d) Formas de comunicar /expressar a dor; e) Experiências anteriores traumatizantes e medos; f) Habilidades e estratégias para enfrentar a

dor e outros problemas de saúde; g) Comportamento da criança e ambiente familiar; h) Efeitos da dor na vida diária; i) Impacto emocional e socioeconómico” (Portugal, MS, DGS, 2010, p.2)

Só uma adequada avaliação da dor permitirá otimizar as estratégias de alívio, dar segurança e confiança aos profissionais de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente, constituindo uma norma de boa prática clínica. No entanto, a correta gestão da dor não deve basear-se apenas no seu controlo, mas, mas também a sua prevenção, sendo premissa irrefutável da humanização dos cuidados e caminho a percorrer para a qualidade de cuidados (Portugal, MS, DGS, 2003, 2008).

### 3.4 Intervenções de Alívio e Controlo da Dor na Criança

O tratamento e controlo da dor deverá constituir uma prioridade na prestação de cuidados e materializa-se com a utilização de estratégias farmacológicas, medidas que podem ter origem opióide e não opióide dependentes de prescrição médica ou protocolos institucionais, e por medidas não farmacológicas, decorrentes de prescrição autónoma do enfermeiro, sendo que o essencial é que sejam utilizadas em conjunto no sentido de potenciarem mutuamente o seu efeito, com vista ao rápido restabelecimento do bem-estar da criança (Grant *et al.*, 2011, p.599).

O adequado controlo da dor é uma das competências dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos e enfermeiros, sendo que estes devem utilizar todas as estratégias que têm à sua disposição de forma a reduzir ou eliminar a dor na criança (Short *et al.*, 2017).

O controlo da dor, é um dos principais indicadores de qualidade e assume-se como um processo dinâmico de associações de intervenções farmacológicas e não farmacológicas cuja finalidade maior é prevenir, aliviar e tratar a dor (OE, 2013). O alívio total da dor, deve ser obtido através do uso combinado de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, contudo, o se alívio completo pode não ser possível, no entanto, o controlo da dor, deve manter-se inferior a 3/10, (dor ligeira) (Portugal, MS, DGS, 2010a).

Não nos podemos esquecer que a melhor maneira de aliviar e controlar a dor é prevenir. Assim, segundo Fragata (2010), todos os procedimentos dolorosos a que as crianças estão sujeitas nos serviços de saúde são vividos como crises psicológicas, devendo, portanto, ser minimizado o seu impacto para que as suas eventuais repercussões no desenvolvimento e equilíbrio emocional da criança sejam reduzidas.

### 3.4.1 Estratégias não farmacológicas de alívio da dor

A dor em pediatria está frequentemente associada ao medo, ansiedade e stresse, pelo que, técnicas não farmacológicas como a distração, o relaxamento e a imaginação guiada podem ajudar a controlar a dor.

As estratégias não farmacológicas consistem em práticas naturais para o alívio da dor sem o recurso a químicos uma vez que não envolvem a ingestão de fármacos, funcionando antes, como um complemento que consiste na utilização de métodos associados ao consolo físico e estratégias psicológicas de distração (Sick&Kids, 2010).

As estratégias não farmacológicas são consideradas seguras, sem efeitos secundários, não invasivas e de baixo custo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nos dias de hoje, as intervenções disponíveis para alívio da dor e sofrimento são variadas existindo, paralelamente à terapêutica medicamentosa, as intervenções não farmacológicas, que integram “um recurso primordial no controlo da dor da criança” (OE, 2013, p.36). O enfermeiro deve possuir conhecimento e formação em intervenções não farmacológicas de alívio e controlo da dor, uma vez que nesta área pode atuar de forma autónoma (OE, 2013).

A ordem dos enfermeiros, preocupada com a formação e orientação dos seus profissionais nesta área elaborou um Guia Orientador de Boas Práticas (2013) em que define que as estratégias ou intervenções não farmacológicas são “intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família” (OE, 2013, p.13). Estas são muito uteis, dado que, ajudam a transformar e modelar as significações da dor, através da “reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expetativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013, p.17).

As intervenções não farmacológicas devem ser seguras e eficazes permitindo a redução da dor e da ansiedade causada por procedimentos dolorosos (Short *et al.*, 2017). As estratégias não farmacológicas disponíveis são imensas e a sua seleção “deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, estratégias de coping, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica” (OE, 2013, p.13). Importa ainda ter em conta os recursos existentes em cada serviço. Devido à multiplicidade de intervenções não farmacológicas disponíveis, a DGS, categorizou-as em intervenções sensoriais, intervenções cognitivo-comportamentais e intervenções cognitivas (MS, 2012a, MS; 2012b; MS, 2012c).

→ Intervenções Sensoriais (biofísicas): estratégias associadas ao conforto físico.

• **Amamentação** – considerada como intervenção analgésica uma vez que combina a sucção, o contacto materno e a satisfação gástrica além dos conhecidos benefícios nutricionais e afetivos. Através do ato de amamentar consegue-se proporcionar conforto pela saciedade, pelo colo e contacto mãe-filho que diminui o stress e aumenta a estabilidade emocional. O leite materno oferecido por sonda nasogástrica também pode ser benéfico para o alívio da dor (Portugal, MS, DGS, 2012a, 2012b, 2012c; OE, 2013).

Procedimento: Colocar o recém-nascido ou lactente á mama, se a mãe se sentir capaz e segura de o fazer, antes e durante o procedimento, mantendo-o alguns minutos após o término do procedimento.

• **Sucção não nutritiva** – envolve o uso de chupeta inibindo a hiperatividade e modulando o desconforto do recém-nascido pelo que a analgesia promovida através da chupeta parece ocorrer apenas, durante os movimentos ritmados de sucção (OE, 2013), que pode estar associada ou não à administração de glicose a 30% ou sacarose a 24%. O efeito antiálgico parece estar associado à libertação de opióides endógenos e controlo das vias de nociceção assim como, do gosto doce, e caracteriza-se pela inibição da hiperatividade e modulação do desconforto (Portugal, MS, DGS 2012, 2012b, 2012c; OE, 2013; Short *et al.*, 2017).

Procedimento: Oferecer a chupeta como medida terapêutica a recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas.

• **Glicose a 30% ou Sacarose a 24%**, - o adocicado promove a libertação de opióides endógenos através da distração e ativação de recetores de sabor doce. A utilização da sacarose a 24% é recomendada pela Academia Americana de Pediatria, no alívio da dor aguda em recém-nascidos e lactentes em procedimentos dolorosos de curta duração como punções venosas ou punções vesicais e é habitualmente associada á sucção.

A sacarose é um dissacarídeo adocicado, constituído por uma molécula de glicose e uma de frutose. Estas substâncias adocicadas produzem uma resposta calmante pela estimulação do paladar. Atua por meio de dois mecanismos: ativando as áreas corticais diferenciadas relacionadas com o prazer, através do paladar, promovendo efeitos fisiológicos e sensoriais através da libertação de endorfinas DGS (2012) e o segundo está relacionado com a ação dos opióides endógenos, que ocupam nociceptores e modulam a transmissão neuronal de estímulo álgico (Magalhães *et al.*, 2020), minimizando o stress, agitação e desorganização do lactente.

Procedimento: administrar por seringa na porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Dosagem: RN até 36 semanas – 1 ml; RN de termo e primeiro ano de vida – 2 ml (Portugal, MS, DGS, 2012a, 2012b, 2012c; OE, 2013).

• **Canguru materno** - O contato pele a pele reduz significativamente o choro e a atividade comportamental, especialmente em recém-nascidos e lactentes, tratando-se de uma estratégia multissensorial, que envolve o olfato, o tato, o reconhecimento auditivo e a estimulação vestibular. Este método promove o conforto e estabilidade emocional da criança, diminui o stress da separação, promove a vinculação e transmite aos pais tranquilidade e segurança pela participação nos cuidados.

Procedimento: colocar o RN em contacto ventral pele-a-pele com o peito da mãe, usando apenas fralda e cobrindo-o, pelo menos 15 minutos antes do procedimento (Portugal, MS, DGS, 2012a; OE, 2013).

• **Contenção com lençol ou contenção manual** – proporciona uma sensação de segurança e promove a autorregulação no RN evitando a desorganização motora. Caracteriza-se por promover os ninhos e o abraço de um profissional ou cuidador formal deixando as mãos livres para facilitar a aproximação da mão a boca favorecendo assim a sucção e autoconsolo e pode ser efetuado através de dois métodos:

-Método swaddling consiste em envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar a boca.

-Método facilitated tucking e containment consiste na contenção manual utilizando as mãos segurando os membros de modo a manter o alinhamento corporal e os membros em flexão.

(Portugal, MS, DGS 2012a, 2012b, 2012c; OE, 2013; Short *et al.*, 2017).

• **Massagem** - consiste na estimulação cutânea para aliviar a dor através de relaxamento e distração com ou sem a aplicação de óleos ou cremes, durante 15 a 30 minutos, ativando mecanismos inibitórios de dor devido ao relaxamento, distração e conforto proporcionados (Portugal, MS, DGS, 2012b, 2012c; OE, 2013). A massagem consiste no toque manual repetido, uma vez que melhora a oxigenação celular, promove o relaxamento muscular e melhora a circulação sanguínea e linfática, o que gera uma sensação de conforto e bem-estar, pela produção de endorfinas, diminuindo a dor. A massagem é uma terapia antiga, usada no alívio da dor. A massagem pode ser caracterizada por movimentos de deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração.

Contraindicações: presença de inflamação ou lesão cutânea e alterações na coagulação (Portugal, MS, DGS, 2012c).

- **Aplicação de Calor** - aplicação na zona dolorosa promovendo a circulação sanguínea ativa o “sistema supressor da dor e do relaxamento muscular” (OE, 2013, p.42). Produz um efeito analgésico pela ativação do mecanismo de supressão da dor e pelo relaxamento muscular, dependendo os seus efeitos locais ou gerais da intensidade e do tempo de aplicação. Procedimento: aplicar uma “fonte de calor húmido ou seco (temperatura junto à pele 40-45 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas” (Portugal, MS, DGS, 2012c, p.7).

Contraindicações: Crianças com dificuldade de comunicação, presença de traumatismo recente ou inflamação, aplicação em áreas com diminuição da sensibilidade e aplicação sobre massa tumoral, ou zonas circundantes a fraturas recentes (Portugal, MS, DGS, 2012c).

- **Aplicação de Frio** – atua na diminuição da circulação periférica o que favorece a redução do edema, tendo uma ação anti-inflamatória (OE, 2013, p.42).

Procedimento: aplicar uma “fonte de frio (temperatura à pele 15 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas”, (Portugal, MS, DGS, 2012c, p.7).

Existe um dispositivo designado de Dispositivo Buzzy®, que alia a ação tópica do frio á vibração e á distração, demonstrando ser uma “ferramenta” relevante para o alívio da dor aguda (Short *et al.*, 2017). O dispositivo atua gerando vibrações e sensação de frio baseado na “teoria do portão”, que podem afetar as fibras nociceptivas  $\alpha\beta$  (dor aguda), que estimulam a produção de um opioide endógeno (encefalina), que bloqueia ou diminui a transmissão do sinal de dor ao cérebro (Bergomi *et al.*, 2018).

Contraindicações: Crianças com dificuldade de comunicação, doença vascular e aplicação em áreas com diminuição da sensibilidade (Portugal, MS, DGS, 2012c).

A aplicação de frio e calor húmido está indicado preferencialmente em crianças com idade superior a um ano de idade e deve ser aplicado por um período de 15-20 minutos e com o intervalo mínimo de 1h (AHNA, 2017).

- **Colo/Embalar/toque** – consiste no conforto pelo contacto físico com os pais, promovendo o toque e o embalar, o que, “parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em RN” (OE, 2013, p.38).

A sensibilidade táctil é o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e a amadurecer. O toque é, não só uma forma de comunicar, mas também uma forma de afeto que proporciona

bem-estar físico e emocional. A falta de toque e de afeto por parte de quem cuida causa danos emocionais que desorganizam a fisiologia e o comportamento das crianças (Silva, 2007).

- **Posicionamento** - consiste na mudança de posição para promover o conforto e a autorregulação da criança, preferencialmente na posição vertical ou sentada ao colo dos pais, reduzindo a ansiedade e o medo, transmitindo conforto e segurança, diminuindo a percepção de dor (Short *et al.*, 2017). No posicionamento, muitas das vezes, o uso de almofadas, ou rolos, permite posicionar confortavelmente a criança proporcionando-lhe bem-estar. No recém-nascido o posicionamento adequado geralmente denomina-se contenção em ninhos.

- **Ambientais** – uma atmosfera mais confortável favorece um ambiente tranquilo e familiar que ajuda na redução de stress e promove a sensação de conforto (exemplo: a redução do ruído, controle da temperatura e da incidência das luzes) (Portugal, MS, DGS, 2012a).

→ **Intervenções Cognitivo-comportamentais:** São medidas que pretendem afastar a dor da ideia da criança, utilizando estratégias cujo alvo é o comportamento e a cognição, ou seja, estratégias de distração associadas ao alívio da dor leve ou moderada, provocada por procedimentos dolorosos ou situações geradoras de medo, ansiedade e stress.

- **Distração** -Direcionar a atenção da criança para algo que não o estímulo nocivo, ajudando assim, que a percepção da dor seja menor, modelando a capacidade de percepção do estímulo doloroso, reduzindo desta forma a angústia e a ansiedade (Koller & Goldman, 2012). A distração depende da idade da criança e da sua capacidade cognitiva bem como, dos recursos existentes, e pode subdivide-se em:

Distração Ativa: formas ativas de distração através da criação de cenários e atividades em que a criança se envolve durante o procedimento doloroso, descentralizando a atenção da criança (Koller & Goldman, 2012). Estas permitem criar um novo foco de atenção.

São exemplos dessas distrações ativas:

- Brinquedos interativos: instrumentos lúdicos que pelas suas características captam a atenção da criança estimulando a componente auditiva, visual, motora e tátil. São exemplo disso os tablets, telemóveis, puzzles, fazer bolas de sabão, cantar ou até mesmo ler um livro (Short *et al.*, 2017). Estes se forem de grande volume podem ainda ser benéficos no sentido em que diminuem o campo de visão da criança (Short *et al.*, 2017).

- Realidade virtual: mais comum nas crianças mais crescidas gerando um ambiente de interação virtual proporciona um ambiente interativo, tridimensional num cenário de ilusão (Koller & Goldman, 2012).

- Controlo da respiração: pode também designar-se de relaxamento ativo em que a criança ao focar-se no controlo da respiração, distrai-se e relaxa devido á normalização do ritmo cardíaco (Koller & Goldman, 2012).

- Distração Passiva: Métodos de distração em que a criança não participa ativamente, ou seja, a criança permanece calma e serena. Durante o procedimento a distração é conseguida através de musicoterapia ou através do recurso a tecnologia audiovisual. A distração nestes casos é conseguida através da observação de uma atividade ou estímulo (Koller & Goldman, 2012).

De acordo com a OE (2013, p.42), a musicoterapia "...permite a fuga para um universo sem dor, ao abrigo da imaginação."

• **Imaginação Guiada** – esta técnica permite a indução de um estado de concentração relativamente a uma ideia ou imagem de modo a obter uma sensação de bem-estar e relaxamento. Permite conduzir a imaginação para um lugar agradável, para uma atividade favorita. O seu uso é recomendado a partir dos 4 anos de idade.

• **Relaxamento Muscular** – esta técnica promove o controlo da ansiedade e a redução do medo, sendo útil em todas as idades, mas é particularmente importante para os adolescentes pois permite prepará-los para uma situação stressante ou desagradável. O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, as náuseas e a dor (OE, 2013), uma vez que, diminui a tensão muscular, facilita o sono, aumenta o autocontrolo, reduz a fadiga e distrai. A escolha da técnica depende do tempo disponível, da preferência e idade da criança bem como do conhecimento e experiência do profissional de saúde, sendo um momento facilitador da relação entre doente/ enfermeiro, pela atenção individualizada despendida. Pode envolver exercícios de respiração diafragmática, relaxamento muscular e exercícios de relaxamento ativo.

De acordo com Koller and Goldman (2012) a imaginação guiada, a respiração controlada e a realidade virtual, devem ser complementadas com outras intervenções por anuência com a evidência científica atual.

→ **Intervenções Cognitivas:** utilizam metodologia de treino mental que permite lidar com a dor de forma menos penosa.

• **Reforço positivo** - Técnica que procura transformar o significado da dor resultante de um acontecimento doloroso, transformando-a num desafio. Aquando de um procedimento doloroso a criança é elogiada ou galardoada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio, como certificados, autocolantes, balões, entre outros (OE, 2013).

- **Preparação da criança** – baseia-se na preparação psicológica da criança, através do fornecimento de informação antecipatória adequada à idade sobre o procedimento, sobre as sensações que poderão ocorrer, e sobre o que é expectável a nível comportamental com objetivo de obter a sua colaboração (Portugal, MS, DGS, 2012b, 2012c; OE, 2013; Short *et al.*, 2017). Este fornecimento de informação diminui o medo e a ansiedade do desconhecido, ajudando a tranquilizar a criança/pais/cuidador principal e a alcançar a sua colaboração (OE, 2013, p.18).

- **Modelação/ensaio comportamental** - simulação ou demonstração do procedimento pelo profissional de saúde, através da simulação do procedimento demonstrando qual o comportamento esperado, antecipando a situação real. Esta simulação pode ser realizada utilizando instrumentos reais ou de brincar, demonstrações em bonecos, fantoches ou mesmo através do recurso a vídeos ilustrativos (Portugal, MS, DGS, 2012b, 2012c; OE, 2013).

Importa ainda salientar, que além das estratégias anteriormente descritas existem outras designadas de estratégias complementares, que exigem competências específicas por parte dos enfermeiros e por isso, não são tão frequentes, tais como: a reflexologia, o reiki, a acupuntura, a hipnose, a aromaterapia e a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) (OE, 2013).

O recurso a intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros, para a gestão e controle da dor vai ao encontro das normas de boa prática preconizadas pela DGS, bem como pela OE (Portugal, MS, DGS, 2012a, 2012b, 2012c; OE, 2008; OE, 2013). Estas intervenções são autónomas de enfermagem pois de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], são “ações realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade” (OE, 2015, p.102), devendo ser escolhidas de acordo com as preferências da criança, suas características individuais e desenvolvimentais. O seu uso isolado ou conjunto faz parte das Competências do EEESIP, que defende que o enfermeiro “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapia”. Assim, cabe ao enfermeiro especialista “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” recorrendo ao uso de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” e a aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p.19193), de modo a garantir a melhor gestão da dor, na procura constante da excelência do cuidar.

### 3.5 A Criança com dor em contexto de urgência pediátrica

Fazendo a dor parte dos principais motivos de procura dos cuidados de saúde, quer enquanto foco principal, como sintoma associado ou posteriormente como consequência dos exames complementares de diagnóstico ou tratamento, a gestão da mesma revela-se um processo desafiante e altamente complexo em contexto de Urgência.

“Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (Portugal, MS, DGS, 2003, p.1).

Num episódio de urgência, a maioria das crianças sente dor, dor inerente ao processo de doença ou devido a procedimentos a que inevitavelmente são submetidos para diagnóstico e/ou tratamento. Dada a frequência do diagnóstico ou sintoma de dor em urgência pediátrica e tendo em conta que o enfermeiro é quem estabelece o primeiro contacto com o doente através da triagem este deve ser detentor de conhecimentos que lhe permitam aliviar a dor da criança mesmo antes da observação médica. Tendo em conta que muitas das vezes as crianças se confrontam com alongados tempos de espera, é necessário o enfermeiro ter presente protocolos de atuação interdependentes e autónomos para alívio da dor. As estratégias não farmacológicas são uma importante arma uma vez que são ações seguras, de baixo custo económico e habitualmente bem toleradas pelas crianças.

A avaliação da dor é parte integrante do processo de triagem que em Portugal é realizado maioritariamente por enfermeiros. A maioria das crianças que se dirigem ao SU sentem dor, sendo que a sua intensidade e demais características terão influência na prioridade de triagem atribuída. A adequada gestão da dor é um indicador de satisfação da pessoa, que tem a expectativa de que a sua dor seja atenuada ou extinta quando chega a um serviço de urgência. Realça-se ainda na metodologia da triagem um reconhecimento deliberado e explícito da importância da dor, dos sinais e sintomas, de forma que esta seja facilmente reconhecida e valorizada.

Gonçalves *et al.*, 2013, concluem no seu estudo que os enfermeiros para aliviar a dor e desconforto da criança em contexto de urgência/emergência pediátrica utilizavam maioritariamente métodos farmacológicos, sendo pouco frequente o uso ou associação com estratégias não farmacológicas, o que, não vai de encontro ao que defende a literatura atual.

Denota-se, portanto, a falta de valorização pelos próprios enfermeiros sobre a eficácia do uso de estratégias não farmacológicas ou, mesmo quando as utilizam, não efetuam registos, nem reavaliam a sua eficácia. Também, Pereira (2011) salienta no seu estudo escassez de registos no âmbito de reavaliação da dor após implementação de estratégias não

farmacológicas. A autora refere que os enfermeiros assumem implementar medidas não farmacológicas, contudo nem sempre as documentam, pelo facto de não as valorizarem nem estão desportos para a sua importância na correta gestão da dor. Face ao exposto, Souza and Corgozinho (2016), sugerem, a elaboração de protocolos para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências dolorosas dos pacientes. Segundo Batalha (2013, p.16) “A prevalência de dor reduziu de forma significativa entre 2002 e 2012. As crianças livres de dor subiram de 37% para 75%”. No entanto o mesmo autor defende que a prevalência das intervenções farmacológicas não se alterou (43% versus 42%), mas a implementação de estratégias não-farmacológicas baixou significativamente (72% versus 15%).

O mesmo autor desenvolveu um estudo que pretendia avaliar o impacto das ações de formação nos últimos 10 anos, sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, na área da dor, à criança hospitalizada. Quando comparados, os resultados dos estudos (2003 com 2013) mostraram que o predomínio do registo de intervenções não farmacológicas foi baixo, quando comparado com 2003.

Tendo em conta estes dados importa perceber quais as estratégias utilizadas em urgência pediátrica de forma a identificar a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para o uso e registo de estratégias não farmacológicas, bem como investir na formação dos mesmos.

#### 4.- METODOLOGIA

O conhecimento adquire-se das mais variadas maneiras. A maior parte das disciplinas adquiriu o seu conhecimento através de diversas formas no decurso da história, tais como a intuição, as tradições, a experiência pessoal, por tentativa e erro, o raciocínio lógico e a investigação (Fortin,2009).

A investigação científica é de todos os métodos de aquisição de conhecimentos o mais rigoroso e aceitável, sendo baseado num processo sistemático e rigoroso, caracterizado por um método organizado e ordenado de avaliação de fenómenos de modo a alcançar um objetivo (Fortin, 2009). A metodologia destina-se a descrever esse processo, definindo o caminho a seguir pela investigação para alcançar os objetivos definidos.

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, tem nos últimos anos sentido a necessidade de procurar e gerar conhecimento científico baseado em evidência, pois só assim conseguem prestar cuidados seguros e fundamentados. De acordo com Ercole *et al.* (2014), a prática baseada em evidência permite produzir conhecimentos singulares e intrínsecos à prática através de uma abordagem para a solução de problemas, e para a tomada de decisão com base na mais recente evidência científica.

A Prática de enfermagem baseada na evidência surge como um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, cujo objetivo integra o planejar e o implementar de cuidados de enfermagem que incorporem a melhor evidência científica, levando assim ao atual objetivo major dos cuidados de saúde: a satisfação do cliente.

##### 4.1 Tipo de estudo:

A investigação sistemática permite aprofundar o nosso conhecimento sobre fenómenos da saúde, fomentando a tomada de decisão com base na prática baseada na melhor evidência científica do momento, com o objetivo de atingir maiores ganhos em saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

O presente estudo representa uma revisão da literatura através do método da *Scoping Review*, de abordagem qualitativa sendo por isso considerado um estudo secundário, cujo

objetivo se resume a mapear na literatura científica o conhecimento científico disponível acerca das estratégias não farmacológicas utilizadas em serviços de urgência pediátrica em crianças dos 2 aos 12 anos. Esta foi baseada na metodologia preconizada pela *Joana Briggs Institute* (2017).

Os estudos qualitativos são um precioso método gerador de conhecimento pois permite estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática, uma vez que objetiva “reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de pesquisa para uma conduta clínica segura, com qualidade” (Ercole *et al.*, 2014, p.10) ajudando os enfermeiros a melhor adequar a sua prática de prestação de cuidados. Estes permitem ao enfermeiro “compreender a forma como o individuo e a comunidade reconhecem a sua condição de saúde e tomam decisões sobre a mesma” (JBI, 2014, p.16), o que se encaixa na temática do presente estudo.

Para a sua consecução foram percorridas cinco etapas: identificação da questão de investigação; busca por estudos relevantes; seleção de estudos; extração dos dados; síntese e apresentação dos resultados.

A *Scoping Review* visa mapear os principais conceitos de uma área de pesquisa, fontes e evidências disponíveis podem ser realizadas mediante temas complexos ou áreas que ainda não foram revisadas. Este método é amplamente utilizado e efetivo para sintetizar evidências em saúde que requerem a descrição de aspetos abrangentes. Tomando-se por base os diferenciais supracitados, pode-se dizer que a escolha do método de *Scoping Review* foi pertinente para identificar quais as intervenções de enfermagem não farmacológicas são mais utilizadas em contexto de urgência pediátrica, para controlo da dor em crianças dos 2 aos 12 anos (Mazoni *et al.*, 2018).

#### 4.2 Formulação da questão de investigação

Para a construção da questão de investigação e determinação do foco de investigação, foi utilizado o método PCC (Higgins & Green, 2011), que Bettany-Saltikov (2012) defende ser a principal e mais importante decisão para conduzirmos uma investigação desta natureza, pois norteia o foco da investigação (Vilelas, 2017, p.103). Esta deve ser compreensiva e especifica e obedece a uma mnemónica que identifica os aspetos-chave: a população, o conceito e o contexto. (JBI, 2014, p.12).

P: População – Crianças dos 2 aos 12 anos de idades

C: Conceito – Intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor

C: Contexto – Serviço de Urgência Pediátrica

Segundo Apostolo (2017) esta mnemónica é basilar para organizar a seleção dos estudos, extração de dados, bem como, mapear a evidência e explicar o seu significado.

Baseada nestes pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão de investigação:

**- Que intervenções não farmacológicas são utilizadas pelos enfermeiros em contexto de urgência pediátrica para controlo da dor?**

Tendo por base esta questão de partida e de modo a delimitar o campo de investigação, elaborou-se o seguinte objetivo:

- Identificar a evidência científica atual sobre quais as intervenções de enfermagem são utilizadas pelos enfermeiros, em contexto de urgência pediátrica para controlo da dor.

#### 4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Com base na questão previamente elaborada foram definidos critérios unívocos para a inclusão dos estudos (JBI, 2014, p.26).

Para a definição dos critérios de elegibilidade, todos os resultados encontrados acerca do tema devem ser incluídos utilizando a mesma estratégia *participants, concept e contexto* (PCC)

No quadro seguinte são apresentados os critérios de elegibilidade deste estudo baseados no método PCC, tal como no desenho da investigação, como forma de incluir/excluir estudos.

**Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos**

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Crianças dos 2 aos 12 anos, utilizando os descritores child and preschool. A OMS define child com idades entre 6-12 anos e preschool dos 2 – 5 anos.	Estudos que não englobem crianças na faixa etária pré-definida.
<b>Conceito</b>	Cuidados de enfermagem relacionados com estratégias não farmacológicas de alívio da dor.	Intervenções que não se relacionem com as estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

	Estudos que relatem/ demonstrem o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor.	
<b>Contexto</b>	Contexto hospitalar ou de urgência pediátrica	Contexto pré-hospitalar e domiciliário
<b>Limitadores (período temporal e idioma)</b>	Estudos publicados entre janeiro de 2015 e maio de 2021 em Bases de dados científicas, em português, inglês ou espanhol.	Estudos publicados fora do período de tempo pré-estabelecido e noutros idiomas

O critério de definição da população entre os 2-12 anos, está relacionado com o facto de ser uma faixa etária que inclui o período em que a criança ainda não tem uma real perceção dos acontecimentos, elaborando a sua própria interpretação dos factos, até ao início do pensamento lógico (período pré-operatório e período operatório concreto, segundo Jean Piaget), logo, fases de grande desenvolvimento cognitivo, psicomotor, social, intelectual e relacional mas, ainda, de grande vulnerabilidade e de limitadas estratégias de enfrentamento face a situações traumáticas, como é o confronto com a dor. A prestação de cuidados atraumáticos nesta fase, é fundamental para uma melhor gestão e interpretação da experiência dolorosa (Short *et al.*, 2017).

#### 4.4 Estratégias de Localização dos Estudos

A localização dos estudos prende-se com a questão de investigação previamente definida e inclui material publicado em diferentes bases de dados de valor científico. Assim, o recurso às tecnologias, nomeadamente a bancos de dados eletrónicos, teve como principal objetivo garantir que todos os artigos que poderiam dar resposta à questão formulada seriam integrados no estudo.

Para se iniciar a pesquisa foi necessário identificar os descritores MeSH, operadores booleanos, as bases de dados científicas utilizadas e limitadores de procura como idioma e intervalos de tempo da data de publicação. Usando a plataforma MeSH browser e dada a questão de investigação com limitação da população (School and pré-school) e conceito (Nursing care ou pediatric nurse, Pain Management) encontramos os termos mais adequados para realização da pesquisa de estudos nas bases de dados.

Foram determinados os seguintes MeSH terms: #1 MeSH descriptor “Pain” (“All fields”); #2 MeSH descriptor “Pain Management” (“All fields”); #3 MeSH descriptor “child or preschool child” (“All fields”); #4 MeSH descriptor “emergency or emergency treatment” (“All fields”); #5 MeSH descriptor “nursing care or pediatric nurse” (“All fields”); #6 MeSH descriptor “Evidence-based nursing or Evidence-based practice” (“All fields”); #7 [#1 AND (#2 OR #3)] (“All fields”).

Para limitar a procura de estudos, foram indagados todos os estudos com os descritores MeSH selecionados com idiomas em português, inglês e espanhol com data de publicação entre 1 janeiro de 2015 e maio de 2021.

Os motores de busca científica utilizados foram PubMed, B-ON e CINAHL Complete, disponíveis na plataforma digital da escola, onde estão incluídas várias bases de dados científicas eletrónicas internacionais que incluem artigos, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e orientações de peritos publicados em revistas e livros.

**Quadro 2: Estratégias de pesquisa, Bases de dados e publicações encontradas**

Bases de dados	Número de artigos encontrados	Fórmula booleana e limitadores	Artigos excluídos por não se relacionarem com a temática ou se encontrarem repetidos
<b>PubMed</b>	5	(Pain or pain management) AND (child or child, preschool) AND (nursing care or pediatric nursing or evidence-based nursing) AND (emergencies or emergency service, hospital)  20150101-20210505	3
<b>CINAHL Complete</b>	26	(Pain or pain management or pain relief or pain control or pain reduction) and (child or child preschool) and (nursing care or pediatric nursing or evidence-based nursing or evidence based practice) and (emergency department or emergency service, hospital)  20150101-20210505	14
<b>B – ON</b>	31	(Pain or pain management or pain relief or pain control or pain reduction) AND (child or child, preschool) AND (nursing care or pediatric nursing or evidence-based nursing or evidence based practice) AND (emergencies or emergency or emergency department or emergency service, hospital)	12

		20150101-20210505	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>Total excluídos</b>	<b>30</b>
<b>Total de artigos incluídos</b>			<b>32</b>

De modo a aprimorar a pesquisa e a selecionar adequadamente os artigos em estudo, foram aplicados métodos de triagem através dos testes de relevância, seguindo as orientações de Pereira & Bachion (2006, p.493) elaborando uma lista de perguntas claras e concisas que serão respondidas pelos investigadores, onde serão excluídos os artigos que tiverem pelo menos uma negação. Na aplicação do Teste de Relevância I (tabela 3) foram lidos os títulos e resumos de todos os artigos selecionados, não sendo necessária a participação de outros investigadores (Pereira & Bachion, 2006, p.493).

**Quadro 3: Teste de relevância I**

Referência do estudo		
Questões	Sim	Não
1.) O estudo está de acordo com o tema investigado?		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> • INCLUIR Estudos com crianças dos 2 aos 12 anos Crianças atendidas em serviços de urgência pediátrica Estudos que analisem a utilização de medidas não farmacológicas pelos enfermeiros • EXCLUIR Estudos secundários Publicações referentes a cartas do leitor e artigos de opinião e comentários Estudos realizados em adultos		
2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?  Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2015 e 05 de maio de 2021		

3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?  Português  Inglês  Espanhol		
4.) O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i> ?		
5.) O estudo envolve seres humanos?		

Fonte: Pereira & Bachion (2006).

Aplicando o Teste de Relevância I foram excluídos 17 por não se encontrarem em concordância com a questão norteadora do estudo e 3 por não se encontrarem disponíveis em *full text*, num total de 20 artigos excluídos (os quadros com os motivos da exclusão são apresentados em anexo). Após a aplicação deste teste de triagem foram apurados 12 artigos que cumprem os requisitos para prosseguir no estudo. Estes foram submetidos ao Teste de Relevância II onde foram elaboradas novas questões que permitissem orientar a decisão de inclusão ou não no estudo. Trata-se de questões claras cuja resposta deve ser objetiva somente por afirmação ou negação, devendo qualquer estudo que tenha o mínimo de uma resposta de negação ser excluído deste estudo de revisão (Pereira & Bachion, 2006, p.493). Os quadros de cada um dos estudos com os motivos da exclusão são apresentados em anexo.

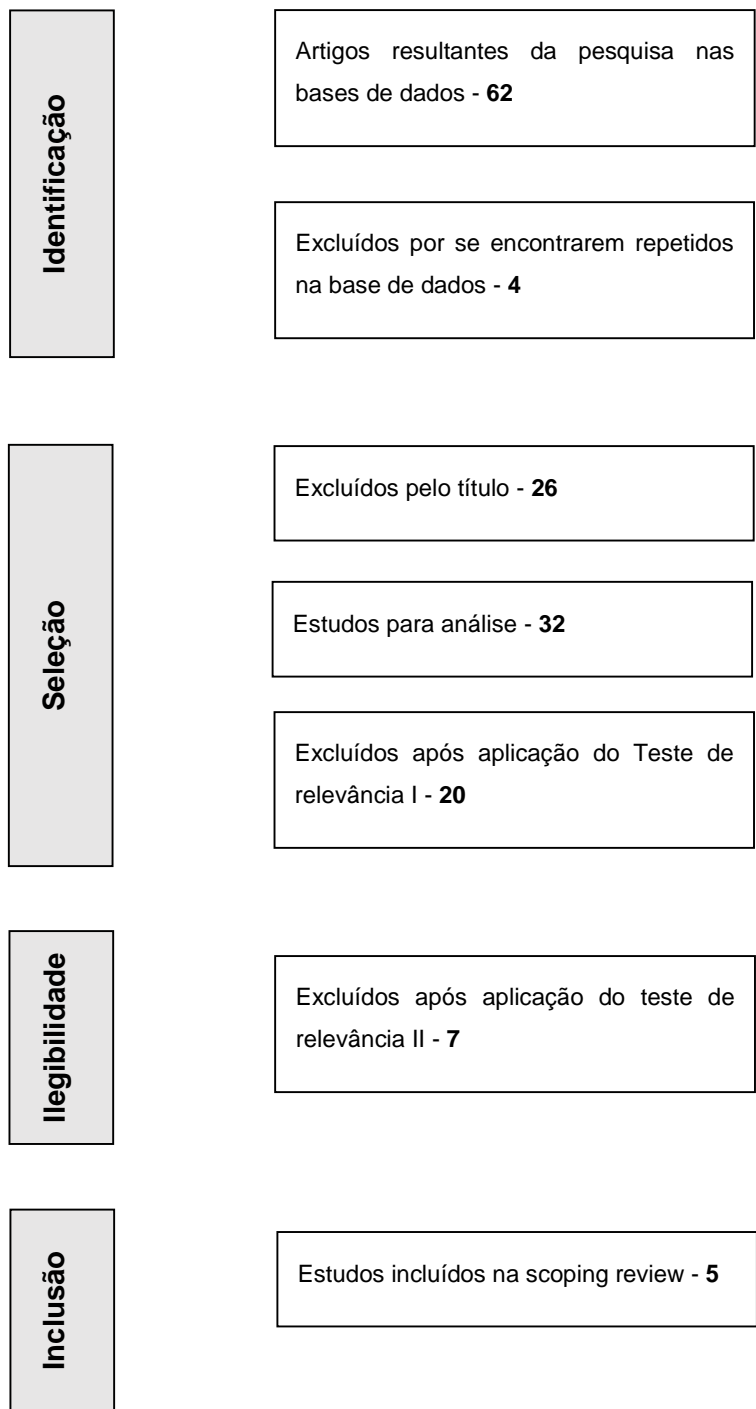
Quadro 4: Teste de relevância II

Referência do estudo		
Questões	Sim	Não
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
<p>OPERACIONALIZAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> INCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Idade Pediátrica 2-12 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Crianças atendidas num serviço de urgência</p> <p><input type="checkbox"/> EXCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Crianças que não se encontrem em ambiente hospitalar</p>		
<p>2. O desenho do estudo vai de encontro ao predefinido?</p> <p><input type="checkbox"/> INCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Estudos experimentais, quase-experimentais, transversais analíticos, estudos randomizados e controlados, ensaios clínicos, estudos qualitativos, estudos de caso</p> <p><input type="checkbox"/> EXCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Outros desenhos para além dos de inclusão</p>		
<p>3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</p> <p><input type="checkbox"/> Estudos publicados entre janeiro de 2015 a 05 de maio de 2021</p>		
<p>4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <p><input type="checkbox"/> Português</p> <p><input type="checkbox"/> Inglês</p> <p><input type="checkbox"/> Espanhol</p>		
5. Estudo envolve seres humanos?		
<p>6. O fenómeno de interesse do estudo vai de encontro com o predefinido?</p> <p><input type="checkbox"/> INCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Estudos que estudem estratégias não farmacológicas de alívio e controlo da dor</p> <p><input type="checkbox"/> Estudos sobre avaliação e controlo da dor aguda: medidas não farmacológicas</p> <p><input type="checkbox"/> EXCLUIR</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão</p>		



Sendo este um processo complexo e moroso de forma a facilitar a compreensão dos resultados obtidos, entendeu-se necessária a elaboração de um fluxograma com o percurso de seleção efetuado, também designado de diagrama (figura 1).

**Figura 1: Diagrama de seleção dos estudos**



#### 4.5 Extração dos dados

Após a pesquisa e seleção dos estudos tendo por base os critérios de seleção adotados o corpus final do estudo ficou composto por 5 estudos.

Nas *scoping reviews*, o processo de extração dos dados permite obter uma síntese lógica e descritiva dos principais resultados, que vão ao encontro dos objetivos e pergunta de partida, ou seja, mapear a evidência existente e explicar o seu significado ou as lacunas encontradas (Apóstolo, 2017, p.103).

Neste capítulo, os principais resultados da análise dos estudos são agrupados e organizados em quadros individuais que irão refletir as características e dimensões de cada estudo, bem como, facilitar a sua compreensão e comparação entre eles no que se refere ao método, participantes/amostra, objetivos e principais conclusões.

O estudo de Abouzida, Bourgault e Lafrena (2020) (c.f. Quadro 6) mostra que as estratégias pediátricas de alívio da dor, num serviço de urgência pediátrica, ficam ainda aquém do esperado pois os enfermeiros avaliaram a dor em apenas 55% dos casos. Neste momento os sistemas de triagem permitem já a utilização de escalas validadas para avaliação e registo da dor, no entanto o estudo demonstra, que essa avaliação apenas foi realizada em 10% dos casos, apesar de existirem já protocolos implementados anteriormente.

O segundo passo da gestão da dor passa pelo planeamento dos cuidados, que deve ser efetuado em concordância com os pais e a criança afim de identificar quais as estratégias mais adequadas para garantir uma abordagem abrangente do plano de atenção. Este plano deve abordar os achados de avaliação, crenças individuais, conhecimento e nível de compreensão, atributos pessoais e as características da dor. Este estudo revelou uma fraca colaboração entre os pais e seus filhos durante o planeamento de tratamentos analgésicos de acordo com seus objetivos e prioridades (8% dos casos). Em apenas 44% dos casos, o analgésico foi prescrito pelo enfermeiro, apesar dos protocolos disponíveis que permitem aos enfermeiros iniciar a analgesia.

Para aliviar a dor relacionada com a doença, observou-se a administração de analgésicos (acetaminofeno e ibuprofeno) na maioria (75%) dos casos. As intervenções não farmacológicas são parte integrante do tratamento pediátrico da dor, no entanto, essas intervenções raramente foram utilizadas para aliviar a dor relacionada com a situação. As enfermeiras usaram a distração para reduzir a dor em apenas 15% dos casos. Os achados deste estudo sugerem que o uso de intervenções não farmacológicas é uma falha nas práticas dos enfermeiros que devem ser melhoradas.

Observou-se ainda que os pais foram autorizados a acompanhar os seus filhos, mesmo durante procedimentos dolorosos. Acredita-se que isso tenha um efeito positivo com base em relatos na literatura, que sustenta que o envolvimento dos pais durante a assistência pediátrica promove uma melhor gestão da dor e reduz o desconforto. Este estudo demonstra que as estratégias não farmacológicas apenas foram utilizadas para diminuir a dor associada a procedimentos dolorosos.

Este estudo faz referência ao uso das seguintes intervenções não farmacológicas: sacarose, distração, caricias e exercícios de respiração, contudo numa pequena percentagem de crianças.

**Quadro 6: Síntese da evidência relativa ao estudo de Abouzida Soulaïma, Bourgault Patrícia, e Lafrenay Sylvie (2020) Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given. Pain Management Nursing 21 (2020) 488-494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>**

E1 Abouzida Soulaïma, Bourgault Patrícia, Afrenaye Sylvie. Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given. Pain Management Nursing 21 (2020) 488-494. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002</a>	
<b>Métodos</b>	Uma versão adaptada da escala de observação de enfermagem para o manejo da dor foi utilizada para avaliar a gestão da dor por enfermeiros que cuidam de crianças (0-14 anos) internadas no serviço de urgência.  Foram avaliadas as interações entre pais, crianças e enfermeiros.
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo de análise qualitativa (observação das interações) e quantitativa
<b>País</b>	Canadá
<b>Participantes</b>	47 crianças dos 0 – 14 anos atendidos em salas de emergência, durante 112 horas.
<b>Contexto</b>	Serviço de emergência pediátrica do Hospital Universitário Sherbrooke, Quebec
<b>Objetivos</b>	Descrever o manejo pediátrico da dor fornecido por enfermeiros que cuidam de crianças internadas num serviço de urgência pediátrica.  Avaliar as interações entre pais e enfermeiros
<b>Resultados</b>	Houve identificação do diagnóstico dor em 55% dos casos.  Foram utilizadas escalas de dor validadas em 10% dos casos.  Os tratamentos analgésicos foram administrados em 75% dos casos (dor processual ou relacionada à doença).  Abordagens não farmacológicas foram pouco utilizadas.  Intervenções não farmacológicas raramente foram utilizadas para aliviar a dor relacionada à doença

	<p>A colaboração dos pais raramente era solicitada para ajudar a aliviar a dor do filho.</p> <p>As enfermeiras usaram distração para reduzir a dor em apenas 15% dos casos</p> <p>A sacarose foi administrada em 5% dos casos antes de uma punção venosa, em 17% dos casos antes do cateterismo urinário, e em 100% dos casos antes de uma punção lombar.</p> <p>A dor relacionada à condição/doença foi tratada com acetaminofeno (80%), ibuprofeno (17%), opiáceos (morfina 3%) e distração (17%)</p> <p>As caricias foram utilizadas especialmente para cateterismo urinário (33%) e menos utilizada para punção venosa (3%)</p> <p>Um exercício de respiração foi realizado apenas durante a punção venosa (20%)</p> <p>Diferentes técnicas de distração foram utilizadas para a punção venosa (32%) e para cateterização urinária (33%).</p> <p>A presença dos pais foi permitida para todos os procedimentos observados.</p> <p>A reavaliação da dor foi realizada em 19% dos casos após a utilização de métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos para reduzir a dor. Os dados de reavaliação baseiam-se tanto na observação quanto na revisão dos prontuários. Em alguns casos, a reavaliação da dor foi documentada, mas de forma não formal.</p>
--	---

O estudo de Yilmaz e Alemdar (2019) (c.f. quadro 7) investigou e comparou os efeitos do uso de estratégias não farmacológicas como o uso do Buzzy, do ShotBlocker e de bolhas sopro para o alívio da dor e do medo em crianças que experimentam a injeção IM em um serviço de urgência pediátrico. As crianças que participaram do estudo foram divididas em 4 grupos, 3 experimentais com cada uma das estratégias e um grupo controle. A pesquisa não encontrou diferença estatisticamente significativa entre crianças em termos de idade, sexo, índice de massa corporal e medo antes do procedimento. Esses resultados sugerem que os grupos eram semelhantes em termos das variáveis demográficas que podiam ter afetado a sua percepção de dor.

Contudo, os escores médios de medo e dor das crianças, pais e observadores durante as injeções de IM foram significativamente menores no grupo Buzzy do que nos outros grupos.

Outro parâmetro avaliado no estudo foi o medo. Houve diferença significativa entre os escores de escala de medo das crianças, dos pais e dos observadores após o procedimento ( $P < 0,05$ ). Os grupos Buzzy, ShotBlocker e bubble-blowing tinham menores scores de medo (pai, filho, observador) do que o grupo de controle. O menor medo foi encontrado nas crianças do grupo Buzzy.

**Quadro 7: Síntese da evidência relativa ao estudo de Gamze Yilmaz, Dilek Küçük Alemdar (2019). Using Buzzy, Shotblocker, and Bubble Blowing in a pediatric emergency department do reduce the pain and fear caused by intramuscular injection: Arandomized controlled trial**

<b>E9 Gamze Yilmaz, Dilek Küçük Alemdar (2019). Using Buzzy, Shotblocker, and Bubble Blowing in a pediatric emergency department do reduce the pain and fear caused by intramuscular injection: Arandomized controlled trial. DOI: 10.1016/j.jen.2019.04.003</b>	
<b>Métodos</b>	Ensaio clínico randomizado prospetivo composto por 4 grupos que permitiu avaliar e comparar 3 métodos não farmacológicos para reduzir a dor produzida por administração de injeção IM em pacientes pediátricos: o Buzzy (a combinação de frio e vibração), o ShotBlocker (um pequeno dispositivo plástico flexível e sem drogas) e técnicas de bolhas de sopro. As crianças foram colocadas em 4 subgrupos por meio de randomização realizada por meio de um programa de computador: O Grupo 1 foi o grupo controle, composto por crianças que não receberam intervenção para alívio da dor (n = 40); no grupo 2, um ShotBlocker plástico foi usado quando eles estavam sendo injetados (n = 40); as crianças do grupo 3 se distraíram soprando bolhas durante a injeção (n = 40), e as crianças do grupo 4 receberam estimulação termomecânica externa (Buzzy) (n = 40)
<b>Pais</b>	Turquia
<b>Tipo de estudo</b>	Ensaio clínico controlado e randomizado
<b>Participantes</b>	Crianças dos 5 aos 10 anos. 160 crianças (81 [50.6%] raparigas e 79 [49.4 %] rapazes).
<b>Contexto</b>	Serviço de pediátrico de um hospital
<b>Objetivo</b>	Comparar o uso do dispositivo Buzzy, ShotBlocker e técnicas de soprar bolhas na redução da dor
<b>Resultados</b>	Buzzy é conhecido por ser eficaz na redução da dor durante cateterismos, colheitas de sangue, vacinação e em injeções IM. Nos grupos do Buzzy, ShotBlocker, e soprando bolha os níveis de medo são mais baixos. O método Buzzy deve ser utilizado quando as crianças são submetidas a injeções IM para reduzir os seus níveis de dor e medo. ShotBlocker durante a injeção IM foi menos eficaz do que Buzzy. Recomenda-se que tanto Buzzy como ShotBlocker sejam usados rotineiramente em crianças sujeitas a Injeções IM para diminuir a gravidade da sua dor.

O artigo de revisão de Ali, McGrath e Drendel (2016) (c.f. quadro 8), ressalva que existem inúmeras opções de técnicas não farmacológicas para a gestão da dor em crianças. Segundo este artigo, as intervenções não farmacológicas podem ser divididas em 3 tipos de intervenções: estratégias contextuais, cognitivas e comportamentais.

As estratégias contextuais englobam intervenções que modificam o ambiente de modo a torná-lo mais acolhedor, são elas: baixo ruído e iluminação, agrupar procedimentos dolorosos e cheiros calmantes ou ausências de cheiros. Nas últimas décadas, a presença dos pais, tem sido também considerada uma prática que ajuda a diminuir a dor e angústia das crianças.

No que se refere a intervenções psicológicas este artigo de revisão dá ênfase à hipnose e à distração. A hipnose nem sempre é viável pois exige a presença de um profissional devidamente treinado para a sua realização. Já a distração é um método simples e pode consistir em ouvir música, assistir desenhos animados, o uso de brinquedos, manter um diálogo com a criança de modo a desfocar a sua atenção do procedimento. Este artigo de revisão mostra que há fortes evidências para a eficácia de técnicas de distração especialmente em dor associada a procedimentos dolorosos. O uso de técnicas de distração demonstrou ser eficaz na diminuição da ansiedade auto-relatada em crianças mais velhas e diminuição da percepção dos pais de dor nas crianças mais novas.

**Quadro 8: Síntese da evidência relativa ao estudo de Samina Ali, Tara McGrath, Amy Drendel (2016) An evidence-based approach to minimizing acute procedural pain in the emergency department and beyond**

<b>E10 An evidence-based approach to minimizing acute procedural pain in the emergency department and beyond. <u>Samina Ali, Tara McGrath, Amy L Drendel</u>. <i>Pediatr Emerg Care</i> 2016 Jan;32(1):36-42 DOI: 10.1097/PEC.0000000000000669</b>	
<b>Métodos</b>	Foram revisadas revisões sistemáticas da literatura relacionadas com o tema em estudo
<b>País</b>	Canadá
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão integrativa.
<b>Participantes</b>	O estudo engloba apenas a idade pediátrica e os participantes são os autores desde artigo que controlaram o conteúdo desta revisão
<b>Contexto</b>	Hospital Infantil de Wisconsin, Milwaukee
<b>Objetivo</b>	<p>Fornecer um resumo de várias estratégias, que são apoiadas por evidências definitivas e sistematicamente revisadas, que podem ser implementadas sozinhas ou em combinação para reduzir a dor processual e a ansiedade das crianças num serviço de urgência pediátrica</p> <p>Nomear várias estratégias não farmacológicas para minimizar a dor em crianças durante procedimentos dolorosos</p>
<b>Resultados</b>	<p>Existem inúmeras opções técnicas não farmacológicas para a gestão da dor processual em crianças. Em geral, estas técnicas podem ser divididas nos seguintes 3 tipos de intervenções: estratégias contextuais, cognitivas e comportamentais.</p> <p>O uso da música para reduzir a dor durante os procedimentos é outra técnica simples de distração. Uma revisão sistemática de 19 ensaios (n = 1513 crianças) mostrou que a música reduziu significativamente a dor e ansiedade durante os procedimentos.</p> <p>A amamentação pode produzir um efeito analgésico: presença de mãe/pessoa reconfortante, contacto físico pele-a-pele, desvio de atenção, e doçura do leite materno. Também contém triptofano mais elevado em comparação com fórmulas artificiais, que, como precursor da melatonina, pode ter um efeito nociceptivo secundário ao aumento dos níveis de beta-endorfinas</p> <p>Estratégias cognitivas envolvem mecanismos que interferem na capacidade da criança para perceber a experiência da dor. O efeito de distração é teorizado para trabalhar através do sistema reticular em o tronco cerebral, onde impulsos inibitórios impedem a transmissão da dor.</p> <p>No geral, fortes evidências foram encontradas para apoiar a distração ou hipnose para alívio da dor durante procedimentos com agulha.</p> <p>Para crianças, há algum apoio para o uso de sacarose e fortes evidências para técnicas de distração. Para as crianças mais velhas, há fortes evidência para técnicas de distração.</p>

No estudo de Capua Tali, Kama Zohar Bar, Rimon Ayele (2018) (c.f. quadro 9), descreve a variabilidade das estratégias e recursos disponíveis utilizados para o alívio da dor

e da ansiedade nos serviços de emergência pediátrica Israelitas e identifica as diferenças entre os serviços acreditados e os não acreditados.

Curiosamente, este estudo demonstra que os serviços acreditados apresentaram maior tendência para o uso dos métodos farmacológicos para alívio da dor e ansiedade quando comparados com os serviços não acreditados.

A vantagem essencial que se denota deste estudo prende-se com o facto de que os serviços acreditados possuem protocolos de triagem que permitem ao enfermeiro atuar muito mais rapidamente quando identifica o diagnóstico de dor.

Neste estudo são descritas maioritariamente estratégias não farmacológicas de distração utilizando os mais diversos instrumentos disponíveis, nomeadamente tablets, videojogos, decorações de parede, música, sendo estes utilizados de acordo com a idade e estadio de desenvolvimento de cada criança

O presente estudo teve várias limitações, nomeadamente, os grupos comparados eram pequenos, logo o poder estatístico é baixo, tendo uma hipótese reduzida de detetar uma verdadeira diferença na prática. Por outro lado, conta apenas com o relato de um único indivíduo em cada centro, que embora tenha sido identificado como sendo o mais experiente, as respostas podem não ser perfeitamente representativas da prática do centro. Quando questionado sobre a frequência de uso de uma estratégia, esse indivíduo pode ter refletido suas próprias preferências.

**Quadro 9: Quadro 9 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Capua Tali, Kama Zohar Bar, Rimom Ayele (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety**

<b>E7 The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. Capua Ali, Kama Zohar Bar, Rimom Ayelet. March 2018. DOI:10.1186/s13584-018-0211</b>	
<b>Métodos</b>	Pesquisa transversal de todos os departamentos de emergência israelenses que aceitam crianças. Uma pessoa em cada instituição foi abordada e respondeu a um inquérito. Os dados foram coletados entre maio e junho de 2016 por meio de uma ferramenta de pesquisa eletrônica.
<b>País</b>	Israel
<b>Tipo de estudo</b>	Relato qualitativo
<b>Participantes</b>	21 hospitais públicos com serviços de urgência pediátrica em toda a área geográfica de Israel

<b>Contexto</b>	Hospitais de Israel com serviços de emergência pediátrica com acreditação e sem acreditação
<b>Objetivo</b>	Descrever a variabilidade das estratégias disponíveis e recursos usados para alívio da dor e ansiedade em serviços de urgência pediátrica e identificar as diferenças entre serviços com acreditação e sem acreditação.
<b>Resultados</b>	<p>A ansiedade e a dor são intrinsecamente interrelacionadas</p> <p>Técnicas de distração como as ilustrações das paredes são frequentemente utilizadas – 95% hospitais</p> <p>Permitir a autonomia para posicionamento durante um procedimento pode ser uma ferramenta importante para diminuir a dor e ansiedade, utilizada em 67% dos hospitais, sendo que em hospitais acreditados a percentagem é de 50% e nos não acreditados de 82%</p> <p>Os protocolos de triagem de enfermagem podem identificar pacientes com dor precocemente em suas consultas de emergência, facilitando o tratamento precoce da dor e, conseqüentemente, reduzindo a ansiedade</p> <p>Vídeo games foram usados em 24% dos hospitais, sendo que são usados em 20% dos hospitais acreditados e 18% nos hospitais não acreditados</p> <p>Tablet – usado em apenas 19% dos hospitais, sendo que, em hospitais acreditados é usado em 20% dos casos e nos não acreditados em 18%</p> <p>Música na sala de procedimentos em 67% dos hospitais, sendo que nos hospitais acreditados é usado em 60 % dos casos e nos não acreditados 73%</p> <p>Bolhas de sabão – utilizadas em 52% dos hospitais, sendo que, em hospitais acreditados é utilizado em 70% dos casos e nos não acreditados em 36%</p> <p>Sentar ao colo durante procedimentos – utilizado em 76% dos hospitais, sendo que nos hospitais acreditados é utilizado em 70 % dos casos e nos não acreditados 82%</p> <p>As decorações de parede são utilizadas em 95% dos casos, sendo que, em hospitais acreditados a percentagem é de 100% e nos não acreditados de 91%</p> <p>Sacos de calor e/ ou frio são utilizados em apenas 10% dos hospitais</p> <p>Equipamentos de vibração não são utilizados em nenhum dos hospitais em estudo</p> <p>Palhaços e doutores palhaços são utilizados em 95% dos hospitais, sendo que a percentagem é de 100% nos hospitais acreditados e de 91% nos não acreditados</p> <p>A utilização de bolhas e auxiliares audiovisuais tais como os tablets também melhoram a capacidade de uma criança para suportar a dor dos procedimentos</p> <p>O uso de pacotes quentes/frios e o uso de ferramentas de vibração raramente são usados em Israel</p> <p>A presença de um enfermeiro especialista tem demonstrado melhorar o stress comportamental durante procedimentos, mas é utilizado apenas em 10% dos hospitais</p>

O estudo de Sağlık e Çağlar (2019) (c.f. quadro 10), está direcionado para avaliação da presença dos pais durante procedimentos invasivos nos níveis de ansiedade e dor nos diferentes grupos. Neste estudo as crianças foram inicialmente divididas em 2 grupos: grupo de envolvimento parental com 54 sujeitos e grupo de presença parental com 57 sujeitos. No

entanto, durante a coleta de dados, 14 pais do grupo de envolvimento parental e 17 pais do grupo de presença parental decidiram não estar presentes com seus filhos; portanto, um terceiro grupo foi criado como o grupo de ausência parental (n = 31), não podendo por isso este estudo ser considerado um estudo randomizado, pois o terceiro grupo formou-se espontaneamente.

Embora este estudo apresente algumas limitações no que concerne à qualidade metodológica abre portas para esta problemática e para a necessidade de novos estudos.

Este estudo defende que a presença e envolvimento dos pais deve sempre ser negociado com os pais e criança e deve ser respeitada a sua vontade. Os autores obtiveram resultados que de a ansiedade dos pais aumenta a ansiedade dos filhos, podendo constituir um obstáculo à sua presença, no entanto, os mesmos defendem que uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e os pais facilmente ultrapassa esta barreira.

**Quadro 10: Síntese da evidência relativa ao estudo de Dilek Sönmez Sağlık e Seda Çağlar (2019). The Effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department**

<b>E11 The Effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. Dilek S. e Seda Ç. (2019). DOI: 10.1016/j.jen.2018.07.003.</b>	
<b>Métodos</b>	Estudo controlado randomizado incluindo dados de 111 casos no Departamento de Emergência Pediátrica da Universidade de Istambul, Faculdade de Medicina de Istambul, entre outubro de 2016 e janeiro de 2017 (grupo de envolvimento parental, n = 40; grupo de presença parental, n = 40; grupo de ausência parental, n = 31). Foram utilizados formulário de informação, Inventário de Ansiedade de Traços Estaduais, Inventário de Ansiedade de Traços Estaduais para Crianças e Escala Analógica Visual para colheita de dados
<b>País</b>	Turquia
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo de grupo controle
<b>Participantes</b>	Crianças dos 9 aos 12 anos submetidas a procedimentos invasivos
<b>Contexto</b>	Departamento de Emergência Pediátrica da Universidade de Istambul, Faculdade de Medicina de Istambul
<b>Objetivo</b>	Determinar o efeito do envolvimento, presença e ausência dos pais nos níveis de dor e ansiedade das crianças que foram submetidas a procedimentos invasivos em unidades de emergência pediátrica

<b>Resultados</b>	<p>Verificou-se que as crianças do grupo de ausência parental apresentavam níveis de dor significativamente maiores no momento do procedimento do que as dos grupos de envolvimento parental e presença parental</p> <p>Os níveis de ansiedade dos pais afetaram significativamente os níveis de dor antes do procedimento (<math>P = 0,042</math>) e durante o procedimento (<math>P = 0,019</math>)</p> <p>Não estar com pessoas em quem a criança confia em um ambiente hospitalar pode reduzir a tolerância à dor durante os procedimentos</p> <p>A presença dos pais durante procedimentos dolorosos pode melhorar a forma de lidar com a dor e a ansiedade</p> <p>Os pais com altos níveis de ansiedade podem ter um efeito negativo sobre seus filhos</p>
-------------------	--

## 5.- Apresentação e Discussão dos Resultados

Após a análise das tabelas individuais será efetuada a apresentação dos resultados numa síntese descritiva dos aspetos mais relevantes de cada estudo, direcionados para dar resposta à nossa questão de investigação: **Que intervenções não farmacológicas são utilizadas pelos enfermeiros em contexto de urgência pediátrica para controlo da dor?**

Tal como previsto, numa revisão *scoping* os resultados são apresentados e agregados na tabela abaixo apresentada em modo de síntese narrativa, de forma a permitir uma melhor organização das intervenções não farmacológicas de alívio da dor mais utilizadas em contexto de urgência pediátrica.

**Quadro 11: Síntese narrativa da apresentação dos resultados encontrados nos estudos**

Estudo	Fenómeno de interesse	Síntese dos resultados
<p><b>Abouzida, Bourgault e Afrenaye (2020)</b></p>	<p>Descrever as intervenções utilizadas pelos enfermeiros de urgência pediátrica para o alívio da dor</p> <p>Avaliar as interações entre pais e enfermeiros</p>	<p>A distração foi utilizada para reduzir a dor em apenas 15% dos casos;</p> <p>A sacarose foi administrada em diferentes procedimentos dolorosos;</p> <p>A dor relacionada à condição/doença foi tratada com distração em 17% dos casos;</p> <p>As caricias foram utilizadas especialmente para cateterismo urinário (33%);</p> <p>Um exercício de respiração foi realizado apenas durante a punção venosa (20%);</p> <p>Diferentes técnicas de distração foram utilizadas para procedimentos dolorosos;</p> <p>A presença dos pais foi permitida para todos os procedimentos observados.</p>
<p><b>Yilmaz e Alemdar (2019)</b></p>	<p>Comparar o uso do dispositivo BuzzyShotBlocker e técnicas de soprar bolhas na redução da dor</p>	<p>Buzzy é conhecido pela sua eficácia na redução da dor e medo em procedimentos com agulha;</p> <p>Quando utilizado um dos métodos não farmacológicos: Buzzy, ShotBlocker ou soprando bolha os níveis de medo são mais baixos;</p>

		<p>ShotBlocker durante a injeção IM mostrou ser menos eficaz que o Buzzy;</p> <p>O método Buzzy e o ShotBlocker devem ser utilizados por rotina em crianças sujeitas a Injeções IM para diminuir a gravidade da dor.</p>
<b>Samina, McGrath e Drendel (2016)</b>	<p>Estratégias, que podem ser implementadas sozinhas ou em combinação para reduzir a dor processual e a ansiedade das crianças num serviço de urgência pediátrica em procedimentos</p>	<p>As técnicas não farmacológicas na gestão da dor processual em crianças podem ser divididas nos seguintes 3 tipos de intervenções: estratégias contextuais, cognitivas e comportamentais.</p> <p>O uso da música reduz a dor durante os procedimentos</p> <p>A amamentação e a sacarose produzem um efeito analgésico</p> <p>Estratégias cognitivas interferem na capacidade da criança para perceber a experiência da dor.</p> <p>O efeito de distração impede a transmissão da dor.</p> <p>A distração ou hipnose são importantes para alívio da dor durante procedimentos com agulha.</p>
<b>Capua, Kama e Rimon (2018)</b>	<p>Descrever a variabilidade de estratégias e recursos disponíveis para alívio da dor e ansiedade em serviços de urgência pediátrica e identificar as diferenças entre serviços sem e com acreditação</p>	<p>A ansiedade e a dor são intrinsecamente interrelacionadas</p> <p>Técnicas de distração como as ilustrações das paredes são frequentemente utilizadas – 95% hospitais</p> <p>A autonomia para posicionamento durante um procedimento pode ser importante para diminuir a dor e ansiedade, sendo utilizada em 50% dos hospitais acreditados e de 82% nos não acreditados</p> <p>Os protocolos de triagem podem identificar pacientes com dor precocemente, facilitando o tratamento da dor e reduzindo a ansiedade</p> <p>Vídeo games foram mais utilizados nos hospitais acreditados do que nos não acreditados</p> <p>Tablet – mais usado nos hospitais acreditados embora com vantagem percentual pouco significativa</p>
<b>Dilek e Seda (2019)</b>	<p>Determinar o efeito do envolvimento, presença ou ausência dos pais, nos níveis de dor e ansiedade das crianças submetidas a procedimentos invasivos em emergência pediátrica</p>	<p>A ausência parental causa níveis de dor significativamente maiores no momento do procedimento do que as dos grupos de envolvimento parental e presença parental, pelo que a presença dos pais durante procedimentos dolorosos pode melhorar a forma de lidar com a dor e a ansiedade</p> <p>Os níveis de ansiedade dos pais afetam significativamente os níveis de dor antes do procedimento, podendo, os altos níveis de ansiedade, ter um efeito negativo sobre os filhos.</p> <p>Os enfermeiros de emergência devem consciencializar-se da importância da presença dos pais no tratamento da dor e devem ser capazes de decidir como a família pode ser envolvida durante procedimentos invasivos</p>

O ambiente de uma urgência pediátrica é um ambiente na maioria das vezes assustador e angustiante quer para as crianças quer para as suas famílias. Neste contexto praticamente todas as crianças experienciam um episódio de dor, relacionada com a sua situação de doença, com procedimentos de enfermagem ou médicos necessários para o diagnóstico e tratamento, ou simplesmente de angústia e medo, devido à imprevisibilidade situação. Existem ainda outros fatores relacionados com o ambiente e o contexto que aumenta o risco e score de dor, nomeadamente o barulho, ambientes movimentados, com correntes de ar geradas por uma constante entrada e saída de gente, a falta de conforto, muita das vezes relacionada com a grande afluência a estes serviços, os tempos de espera ou a incerteza do diagnóstico. Atualmente os serviços de urgência estão muito direcionados para o rápido atendimento, descurando um atendimento personalizado e humanizado, favorecedor de conforto e confiança.

Todos os estudos em análise corroboram a interligação entre o medo, a ansiedade e a dor em contexto de urgência pediátrica. “O medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços e saúde” (Portugal, MS, DGS, 2010).

A partir da análise dos estudos incluídos, e caminhando de encontro com a nossa questão de investigação podemos enumerar as estratégias mais utilizadas em contexto de urgência pediátrica, são elas:

A distração que deve ser adequada ao estadio de desenvolvimento de cada criança, e que de um modo geral se revela eficaz na diminuição do medo e da ansiedade, dado que desvia o foco de atenção no procedimento, logo, diminuindo a perceção da dor relacionada com procedimentos dolorosos, como o afirma o estudo de Capua *et al* (2018), e de Abouzida *et al* (2020). As técnicas de distração abordadas nos diversos estudos são variadas, desde vídeo games, tablets, ilustrações de paredes, visualização de desenhos animados, uso de brinquedos, entre outras, podendo todas elas ser eficazes de acordo com as idades e estadios de desenvolvimento da criança e de acordo com os recursos existentes em cada serviço de urgência pediátrica. A premissa de que, ao direcionarmos a atenção para algo que não o estímulo nocivo, ajuda a desviar a atenção da dor, logo a sua perceção será menos intensa, tal como defendido pela DGS, ordem dos enfermeiros (2013) e Batalha (2010);

A presença dos pais e a sua preparação de como proceder, quer envolvendo-os em procedimentos, quer apenas pela presença, pelo colo ou aconchego e carícias que proporciona, transmitindo segurança, revelou-se também como uma medida facilitadora da

relação com os profissionais de saúde, mas também como estratégia não farmacológica eficaz como o defende o estudo de Dilek and Seda (2019), o de Capua *et al* (2018) e Abouzida *et al* (2020). O respeito pelo direito da criança à não separação de seus pais está clarificado desde 1989 no Artigo 9.<sup>a</sup> da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF) sendo um pilar basilar da humanização dos cuidados. Também Barros (2003, p.127) acentua que “só com um envolvimento ativo dos pais se poderá obter um êxito simultaneamente rápido e prolongado no tempo” no alívio da dor. O atual estado de conhecimento científico sobre a participação da família na assistência pediátrica indica que o envolvimento dos pais tem um efeito positivo no bem-estar psicológico, físico e social da criança e fortalece o senso de controle da família no cuidado da criança;

O controle do ambiente físico de modo a torná-lo mais agradável a nível de ruído, temperatura, agrupar os procedimentos dolorosos e a disposição visual foi também defendido por Ali *et al* (2018) como intervenção não farmacológica eficaz em contexto de urgência pediátrica. As decorações de parede, referidas no estudo de Capua *et al* (2018), embora possam ser consideradas como uma estratégia de distração têm também efeito no ambiente, tornando os espaços mais acolhedores e menos assustadores, diminuindo a ansiedade e o medo. Também a Ordem dos enfermeiros (2013) e Batalha (2010) defendem que melhorar e controlar o ambiente físico tornando-o mais agradável e acolhedor promove o bem-estar, diminuindo a dor, a ansiedade e o stress

A amamentação e o uso de sacarose, especialmente em crianças mais pequenas que ainda mamam ou usam chupeta, mostrou-se também uma técnica eficaz no alívio da dor como o mostrou o estudo de Ali *et al* (2018) e de Abouzida *et al* (2020). Também a literatura existente o defende, pelo que a DGS e a OE emitiram orientações técnicas no sentido da valorização do seu uso (Portugal, MS, DGS, 2013; OE, 2013). Magalhães *et al* (2020) também defendem o uso da sacarose no alívio da dor, especialmente quando relacionada com procedimentos dolorosos;

Os exercícios de respiração, como meio de relaxamento mostrou-se eficaz no alívio da dor tal como assumido no estudo de Abouzida *et al* (2020). Estes exercícios diminuem a tensão muscular produzindo uma sensação de calma, autocontrolo, tranquilidade e bem-estar e permitem o reforço da relação enfermeiro/doente sendo extremamente úteis na redução da ansiedade prévia aos procedimentos dolorosos, aumentando a tolerância à dor como defendido no guia de boas práticas elaborado pela ordem dos enfermeiros (OE, 2013). Da mesma forma, Batalha (2010) refere que o relaxamento muscular é uma das técnicas mais eficazes durante a realização de procedimentos dolorosos pelos enfermeiros;

A utilização de dispositivos como buzzy, que associa o frio e a vibração num só mecanismo, mostrou-se eficaz no controlo da dor associada a procedimentos dolorosos, de acordo com o estudo de Gamze and Dilek (2019). Diz a literatura que o dispositivo buzzy utiliza tecnologia Cool-Pulse e tem sido usado para bloquear a dor em mais de 31 milhões de procedimentos com agulha. Está documentado que este dispositivo médico tem por função atenuar a dor através da ação sobre o sistema nervoso central - princípio de Gate Control e quando usado corretamente, diminui a dor da agulhada em 50 a 80% dos casos. Também Short *et al* (2017) demonstraram que o buzzy era uma “ferramenta” relevante para o alívio da dor aguda.

Por seu lado, o shotbloker é um dispositivo plástico que usa vários pontos de contato sobrecarregando os sinais sensoriais em torno de um local de injeção, inibindo os sinais de dor da picada da agulha. Segundo os autores do estudo Gamze and Dilek (2019) este mostrou-se eficaz no alívio da dor quando usado em procedimentos dolorosos. O Shotblocker é um método natural de alívio da dor, simples, não invasivo e livre de medicamentos, que bloqueia a dor provocada pela perfuração da agulha;

A técnica de soprar bolhas, ajuda como método de distração, mas também no controle da respiração mostrando-se eficaz quando associada a procedimentos como o afirma Gamze and Dilek (2019) no seu estudo e também Capua *et al* (2018).

A música tem sido largamente estudada enquanto técnica de relaxamento e indutora de bem-estar, fácil de utilizar e útil no alívio da dor em procedimentos. Esta, ao atuar no sistema límbico, permite a libertação de hormonas como o cortisol, promotoras de bem-estar, como defende o estudo de Ali *et al* (2018) e o de Capua *et al* (2018). Também segundo o estudo de Hartling *et al* (2013) em que foram incluídas 42 crianças dos 3 aos 11 anos a música tem um impacto muito positivo na dor e angústia das crianças em contexto de urgência pediátrica. Também a OE defende o uso da música com estratégia que ajuda a “diminuir o estresse, a tensão, induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas, permitindo a fuga para um universo sem dor, ao abrigo da imaginação” (OE, 2013, p.42);

O posicionamento adequado, dando a opção de escolha do posicionamento e o seu favorecimento enquanto método de conforto é também uma estratégia de alívio da dor essencialmente em procedimentos dolorosos como o demonstra o estudo de Capua *et al* (2018) mas também em dor associada à situação de doença como é o caso dos traumatismos. Também Batalha (2010) identifica o posicionamento adequado como uma intervenção com impacto no alívio da dor. O posicionamento consiste numa posição para promover o conforto, onde por vezes o uso de almofadas, permite posicionar a criança proporcionando-lhe bem-

estar e conforto. O posicionamento é defendido pela OE (2013) no seu guia orientador de boas práticas sobre - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança como uma importante intervenção de enfermagem no alívio da dor e promoção de conforto e bem-estar;

A hipnose é também apresentada no estudo de Samina *et al* (2016) como uma estratégia de alívio da dor, no entanto esta exige que os serviços possuem profissionais de saúde habilitados. Também a OE (2013) no guia de boas práticas sobre - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança refere a hipnose como um método alternativo eficaz no alívio da dor;

Os palhaços e doutores palhaços é uma estratégia de alívio da dor defendida no estudo de Capua *et al* (2018) com um grau de utilização acima dos 90%.

O uso de aplicação de calor e frio é apenas referido no estudo de Capua *et al* (2018) mas com muito pouca aplicabilidade o que nos parece ser desajustado pois consoante a etiologia da dor pode ser bastante benéfico como o defende a literatura existente.

#### Implicações para a prática

Em termos de implicações para a prática é unânime em todos os estudos analisados que as estratégias não farmacológicas diminuem a dor resultante de procedimentos dolorosos, ao mesmo tempo que diminuem os níveis de ansiedade e medo e melhoram a relação entre o profissional de saúde e a criança e sua família. Além disso, melhora a colaboração da criança e as taxas de sucesso nos procedimentos com agulhas, evitando por vezes a necessidade de repetição. A dor em pediatria foi durante muitos anos desvalorizada e subtratada mas atualmente a DGS (2012) alerta para o facto de a dor não tratada no decorrer da doença e da hospitalização poderá ter consequências graves para a saúde e bem-estar da criança. A DGS tem emitido várias orientações técnicas no âmbito da pediatria para a gestão da dor, quer a nível da sua avaliação, quer do seu controlo, em diferentes contextos e diferentes idades. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2008), reconhece a inadequada gestão da dor publicando o Guia Orientador de Boa Prática para a Dor, em que ressalva o papel do enfermeiro na promoção e intervenção no controlo da dor, defendendo uma prática sistemática, orientada e direcionada para a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2008).

Contudo, A translação do conhecimento produzido pela investigação para a prática clínica nem sempre é visível, sobretudo a curto prazo.

É importante referir que em termos práticos as crianças que experienciam níveis elevados de dor durante a infância podem ter sequelas fisiológicas, psicológicas e comportamentais a longo prazo, incluindo o aumento da sensibilidade à dor, aumento dos comportamentos de evicção, hiper vigilância social e níveis mais elevados de ansiedade antes de procedimentos dolorosos. A angústia familiar em torno de procedimentos dolorosos pode também levar à não adesão dos pais à vacinação e à evicção de procura de cuidados de saúde.

É imperativo que em pediatria a gestão da dor e o uso de estratégias de minimização da ansiedade sejam utilizadas e devidamente registadas pois só assim poderão ser avaliadas e fazer parte de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde. Sendo a gestão diferenciada da dor uma das competências do enfermeiro especialista na área da Saúde Infantil e Pediátrica, o recurso a técnicas não farmacológicas de forma sistemática, sendo intervenções autónomas na prescrição, execução e avaliação possibilita uma autonomia na melhoria dos cuidados em saúde e naturalmente, um reconhecimento do papel do enfermeiro. Em 2013 foi desenvolvido um estudo por Batalha cujo objetivo foi a avaliação do impacto das ações de formação dos enfermeiros nos últimos dez anos, sobre a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros à criança hospitalizada, na área da dor. Quando comparados, os resultados (do estudo de 2003 com o de 2013) denota-se que o registo de intervenções não farmacológicas foi baixo, relativamente a 2003. Embora, o objetivo do presente estudo não tenha incluído a evidência nos registos informáticos do uso das estratégias não farmacológicas, este poderá servir de reflexão para um estudo futuro.

Impera ainda referir que as técnicas não farmacológicas são simples, seguras e sem efeitos adversos, mas, tal como constatado nos estudos incluídos nesta revisão, ainda não são utilizadas de forma sistemática, provavelmente por desconhecimento, falta de formação e/ou falta de organização dos cuidados, sendo importante investir na formação das equipas de saúde.

Importa ainda, a meu ver, elaborar nos serviços protocolos de utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tal como existem para as estratégias farmacológicas, como forma de orientar os profissionais a utilizá-las, mas também para talhar a uniformização do cuidar e servir de fio orientador para quem tem menos formação ou experiência. Para que este facto seja possível e possam ser elaboradas orientações clínicas válidas é necessário realizarem-se pesquisas devidamente fundamentadas por estudos quantitativos e ensaios clínicos que possam produzir recomendações clínicas importantes para a fundamentação da prática adequadamente controlados e serem realizadas.

### Limitações do estudo

Como limitações para a elaboração deste estudo é de salientar a falta de experiência do investigador, e também a existência de poucos estudos, especialmente estudos primários na área da gestão da dor em urgência pediátrica especialmente direcionados para as estratégias não farmacológicas e sua eficácia.

Para a continuidade de investigação neste âmbito é importante o desenvolvimento de estudos primários que avaliem a eficácia das estratégias não farmacológicas em contexto de urgência, pelo que, torna-se importante referir que este estudo produzido não é um fim em si mesmo, mas sim um reflexo do início de um percurso de investigação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica rumo a uma melhor gestão da dor utilizando intervenções autónomas de enfermagem.

## Conclusão

Num olhar retrospectivo sobre o desenvolvimento do presente trabalho podemos concluir que a prática de enfermagem culmina na “agregação das dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo concreto, procurando a máxima satisfação do cliente” (Nunes, 2017, p.13).

A prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica é fundamental para promover cuidados de excelência. Atualmente, são cada vez mais utilizados programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças que apontem para uma melhoria efetiva de modo a oferecer cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expectativas do cliente (Machado, 2014).

Ao longo do curso, cada Unidade Curricular foi um contributo para o desenvolvimento de competências. Através das componentes teóricas e teórico-práticas de cada unidade curricular adquiriu-se conhecimentos e discutiram-se competências, que fomentaram o posterior desempenho nos contextos de ensino clínico.

Os ensinamentos clínicos, realizados nos diferentes contextos, permitiram colaborar e prestar cuidados ao longo do ciclo vital da criança/jovem e família, o que viabilizou consolidar, desenvolver, mobilizar e incorporar competências científicas, técnicas e humanas no planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

Apesar de trabalhoso e exigente, o estudo empírico foi o mais desafiante e estimulante, principalmente pelo interesse profissional, pois considerou-se ser o início de um caminho direcionado para uma inquietação da prática, transversal a diversos países direcionado para as intervenções autónomas de alívio da dor em contexto de urgência pois muito se tem falado e muito se tem implementado nos serviços de ambulatório e de internamento para uma adequada gestão da dor mas os serviços de urgência estão ainda muito aquém do esperado, contribuindo para isto diversos fatores, mas sobretudo de ordem organizacional.

Em modo de síntese, este trabalho permitiu mapear as estratégias não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros em contexto de urgência pediátrica para controlo da dor, utilizando o método scoping review, sendo que os estudos mais recentes apontam para o

facto de estas ainda não serem utilizadas de forma sistemática em contexto de urgência pediátrica, sendo as mais utilizadas, por serem fáceis e seguras:

- técnicas de distração diversas, tais como a musica, o Buzzy, o shotbloker, os exercícios de respiração, as técnicas de soprar bolhas de sabão,
- respeitar a presença e o envolvimento dos pais, nomeadamente no pegar ao colo ou nas carícias,
- o posicionamento,
- o controlo do ambiente físico tornando-o agradável e confortável,
- a hipnose,
- os palhaços e doutores palhaços,
- o uso de pacotes de calor e frio,
- a amamentação e o uso da sacarose.

Importa referir que podem ser usadas mais do que uma intervenção não farmacológica num mesmo procedimento ou evento de dor e que o uso destas estratégias não invalida o uso de estratégias farmacológicas. Para uma gestão de dor mais adequada estas devem ser utilizadas em conjunto, beneficiando do sinergismo de ação.

Por outro lado, para que a sua eficácia possa ser medida e o seu uso quantificado ressalva-se a necessidade de efetuar avaliações dos scores de dor de forma sistemática, utilizando escalas validadas e de se proceder aos respetivos registos, pois só assim se pode avaliar e comprovar a sua eficácia, e obter indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

Este relatório contribuiu não só para a consolidação de conhecimento neste âmbito, mas também para servir de guia condutor para um programa de melhoria continua da qualidade dos cuidados, nomeadamente na área da dor, no serviço onde exerço funções. Fazendo parte da equipa responsável pela elaboração das normas de alívio da dor no que diz respeito às estratégias não farmacológicas utilizadas, este estudo mostrou-se uma mais valia no sentido de uniformizar a atuação, eliminar barreiras e criar ambientes e instrumentos propícios ao uso de estratégias não farmacológicas.

### Referências bibliográficas

- Abouzida, S., Bourgault, P., Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given. *Pain Management Nursing*, 21, 488-494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>.
- Ali, S. , McGrath, T., Drendel, A. L. (2016) . An evidence-based approach to minimizing acute procedural pain in the emergency department and beyond. *Pediatr Emerg Care*, Jan, 32(1), 36-42. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000669>.
- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a Dor na Criança: Um Reflexão Voltada para a Praxis. *Nascer e Crescer. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 4(23). ISSN: 0872-0754.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III volume, Série 3 (7), 83-92.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aziza, A. (2018). Evaluating nursing pain assessment documentation with the pediatric client. 1-1. 1p. ISSN: 9760355943405.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.<sup>a</sup> ed. Revista e Aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2013). *Avaliação e Controlo da Dor em Pediatria: Uma Década*. *Saúde e Tecnologia*. 16-21. ISSN: 1646-9704.
- Batalha, L. M. & Mendes V. (2013). Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 7-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101>.

- Batalha, L. M. & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da Intensidade da Dor: Correlação entre Crianças, Pais e Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, 15 – 22. <https://doi.org/10.12707/RIV18002>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to Make a Systematic Review of Nursing Literature: A Step-by-Step Guide*. Open University Press, Berkshire, 173. ISBN: 0335263801
- Bottega, F. H., Benetti, E. R. R., Benetti, P. E., Gomes, J. S. & Stumm, E. M. F. (2014). Avaliação da Dor em Neonatos e Crianças em Terapia Intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 6(3), 909-917. <https://10.9789/2175-5361.2014v6n3p909>
- Cacciotti, C., Vaiselbuh, S., Romanos-Sirakis, E. (2017). Pain Management for Sickle Cell Disease in the Pediatric Emergency Department: Medications and Hospitalization Trends. *Clin Pediatr (Phila)*. Oct, 56(12), 1109-1114. <https://10.1177/0009922816674521>.
- Cadete, J. (s.d.). O “enfermeiro de família” cria proximidade nos cuidados de saúde. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/asr/PublishingImages/OENORTE.pdf>
- Caldas, A., Petronilho, C., Petronilho, F. & Machado, M. (2010). Monitorização hemodinâmica. In Silva, A. & Lage, M. (Ed.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (11-30). Coimbra: Formasau.
- Candido, L. K. & Tacla, M. T. G. (2015). Avaliação e Caracterização da Dor na Criança: Utilização de indicadores de qualidade. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 23(4), 526- 32. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10514>.
- Capua, T., Kama, Z. & Rimon, A. (2018). The influence of an accredited pediatric emergency medicine program on the management of pediatric pain and anxiety. *Israel journal of health policy research*, 7. 17. [https:// 10.1186/s13584-018-0211-6](https://10.1186/s13584-018-0211-6).
- Cardoso, A. C. A. (2020). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de mestrado.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.) - *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Cecchetto, F. M., Muniz, F., Silva, E. F. (2012). Aleitamento Materno na Prematuridade: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFSM*, Mai/Ago, 111- 132.

- Correia, M. C. (2012). Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,173.
- Cruz, O. (2005). Parentalidade. Coimbra: Quarteto
- Debillon, T., Zupan, V., Ravaut, N. (2001). Development and initial validation of the EDIN scale a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child. 85, 36-40. Acedido em <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1086117>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, do Ministério da Saúde.
- Diaz-Hennessey, S., Eileen, R., O'Shea. (2019). Virtual Reality: Augmenting the acute pain experience in children. Pediatric Nursing, May/Jun 45(3), 122-127. ISSN:0097-9805.
- Dilek, S., Seda Ç. (2019). The Effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. J Emerg Nurs. Maio, 45(3), 278-285 <https://doi:10.1016/j.jen.2018.07.003>
- Diogo, P., Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem, 16 (2), 62-71. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwislsmgoITLAhXLshQKHTKUDd8QFqgiMAA&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FPE162\\_Artigo4\\_6271\(1\).pdf&usq=AFQjCNHowx6GY3iw0a\\_4-sl4TdZzYXNgGQ&bvm=bv.114733917,d.bGs](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwislsmgoITLAhXLshQKHTKUDd8QFqgiMAA&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FPE162_Artigo4_6271(1).pdf&usq=AFQjCNHowx6GY3iw0a_4-sl4TdZzYXNgGQ&bvm=bv.114733917,d.bGs)
- Edmonds, J., Twycross, A. (2018). Mothers experiences of managing their childs pain before and during attendance at the emergency department J Clin Nurs. Maio; 27(9-10):2003-2013. <https://doi: 10.1111/jocn.14322>.
- Ercole, F. F., Melo, L. S., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Integrative Review versus Systematic Review. Rev Min Enferm., 18(1), 1-260. Acedido em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (Janeiro 2021). Guia Orientador: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia. Viseu.
- Fernandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. Saúde Infantil. Vol. 2, p. 117-128.

- Fernandes, A. (2009). Dor em Pediatria. Revista Dor®. Órgão de Expressão Oficial da APED, 17(2), 5-10 Lisboa: Permanyer Portugal. ISSN: 0872-4814.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusodidata.
- Fielden, J. M. & Gallagher, L. M. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 406-417.
- Fonseca, A., Santos, L. (2006). A dor na criança - Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde. 1ª Ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. Nursing. Disponível em: <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-aprestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>.
- Fortin, M. F. (2009). O Processo de Investigação. Loures: Lusociência.
- Fournier-Charrière, É. (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Spirale*, 42(2), 34-48.
- Gamze, Y., Dilek, K. A. (2019). A retrospective evaluation of patients presenting to a pediatric emergency department with the complain of pain. *Jun*. ISSN: 2146-2399.
- Gonçalves, B., Holz, A. W., Lange, C., Maagh, S. B., Pires, C. G., Brazi, C. M. (2013). Care of children in pain admitted to a pediatric emergency and urgency unit. *Rev Dor. São Paulo*, jul-set, 14(3), 179-83. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000300005>
- Graça, A., Sampaio, I. & Moniz, C. (2011). Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica. *Nascer e Crescer*, 20 (3), 158-164.
- Graça, A., et al (2012). Consenso da hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal. Acedido em <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Consenso%20Hipotermia%20prov.pdf>
- Grahn, M., Olsson, E., Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study *J Pediatr Nurs* May-Jun, 31(3), 284-92. <https://doi:10.1016/j.pedn.2015.11.016>.
- Grant, M., Ferrell, B., Hanson, J., Sun, V., & Uman, G. (2011). The enduring need for the Pain Resource Nurse (PRN) training program. *Journal of Cancer Education*, 26(4), 598–603. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0268-1>
- Gregory, A. W., Pippa, H. Graham, R. L., Arwel, W. J., Fion, C., Aloysius, N. S. B. (2020). The predictors, barriers and facilitators to effective management of acute pain in children

- by emergency medical services; A systematic mixed studies review. *Journal of Child Health Care*, Ago, 25(3), 481-503. <https://doi.org/10.1177/1367493520949427>.
- Griffin, M. & McDevitt, J. (2016). Na evaluation of the quality and patient satisfaction with advanced nurse practitioner service in the emergency department. *The Journal for Nurse Practitioners*. Sep, 12(8), 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.024>.
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., Bony, C., Danan, C., Baud, O., Jarreau, P, Zana-Taïeb, E. e Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, 13-18.
- Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewson, K., Klassen T. P., Curtis, S. (2013). Music to Reduce Pain and Distress in Pediatric Emergency Room: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. Set, 167(9), 826-35. <http://doi:10.1001/jamapediatrics.2013.200.23857075>.
- Hennessy, D. & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. OMS: Copenhagen. Acedido em <http://www.who.int/en/>.
- Higgins, J. P., & Green, S. (Eds). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Sussex: Wiley-Blackwell. Acedido em <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I), 1 – 20. Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). São Paulo: Mosby.
- Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*.
- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A Dor na criança atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. 1ª ed.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2016). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care and other ambulatory settings: How to get*

started... Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care. Retrieved from <http://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>.

International Association for the Study of Pain (2012) Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>.

International Association for the Study of Pain. (2018). Definition of pain, 3(2), 643. Acedido em [https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/04000/The\\_International\\_Association\\_for\\_the\\_Study\\_of.2.aspx](https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/04000/The_International_Association_for_the_Study_of.2.aspx)

International Council of Nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE. Versão 2019. Acedido em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Janisse, H., Barnett, D., Nies, M. (2009). Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18(3), 312-323.

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice. (2011). SUMARI User Manual: Version 5.0. Acedido em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

Joanna Briggs Institute. (2014). JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research. Acedido em [http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBC\\_Form\\_CritAp\\_IntCrit.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBC_Form_CritAp_IntCrit.pdf).

Joanna Briggs Institute. (2017). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Checklist for Qualitative Research. Acedido em [http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI\\_Critical\\_AppraisalChecklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_AppraisalChecklist_for_Qualitative_Research2017.pdf)

Joint Comission International. (2011). Padrão de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais. Tradução Oficial para Português. 4º. Ed. Disponível em <http://docplayer.com.br/28159334-Catalogacao-na-fonte.html>.

Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards for Hospitals. Joint Commission International. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditationstandards-for-hospitals6th-edition/>

Kaar, C. R., Gerard, J. M., Nakanishi, A. K. (2016). The use of a pediatric Migraine Practice Guideline in Emergency Department Setting *Pediatr Emerg Care*. Jul, 32(7), 435-9. <https://doi:10.1097/PEC.0000000000000525>.

- Kamienski, M. C. (2020). Pediatric Femur Fractures. *Orthop Nurs.* Mar/Abr, 39(2), 107-111. <https://doi: 10.1097/NOR.0000000000000641>.
- Koller, D. & Goldman, R. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. Elsevier. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 652–681.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 297-305. <https://doi:10.1007/s10995-011-0751-7>.
- Landeiro, M. J. L. (2005). O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Lima, D. A., Rossato, L. M., Guedes, B., Danila, M., Damião, E. B. C., Silva L., Szylyt R. (2018). Children's satisfaction and dissatisfaction with pain management in a Pediatric Emergency Department. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044503373>
- Lecussan, P. & Barbosa, S. M. M. (2006). Importância da Dor Infantil e Causas do seu Subtratamento. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria (17-20)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Lopes, M. S. O. C., Catarino, H., Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referencia*, 3(1), 109 – 118. Disponível na SciELO Portugal em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300012).
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidata.
- Machado, N.J.B. (2014). Gestão da qualidade descuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14957>.
- Magalhães, S.C.R.S (2011). A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Magalhães, F. J., Rolim, K. M. C., Pinheiro, I. O., Fernandes, H. I. V., Santo, M. S. N., Albuquerque F. H. S. (2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor de recém-nascidos: revisão integrativa da literatura. *Ver. Enferm. Digit. Cuid. Promoção saúde*, 5(2), 125-134.
- Mano, M. J. (2002) – Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*. Nº 8, 53-61. DOI: [10.12707/RIII11145](https://doi.org/10.12707/RIII11145).
- Mazoni, S. R., Castro, K. A. B., Vasques, C. I. (2018). Uso do método “scoping review” para mapeamento da literatura relacionada às intervenções de enfermagem. Vol1 – 97164.
- Mello D. & Lima R. (2009). Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 17(4), 580-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_22.pdf).
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Acedido em <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-EvidenceBased%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>.
- Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos enfermeiros (2000). A cada família o seu enfermeiro. [Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos \(ordemenfermeiros.pt\)](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática: Dor*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, (1). Ordem dos enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceesaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série 1 (2).
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE. Série I (6).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. Lisboa: OE.
- Pantrini, S. (2016). Assessment and management of pain in children following traumatic limb injury. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*. 24. 32-39. DOI:[10.7748/en.2016.e1624](https://doi.org/10.7748/en.2016.e1624).
- Parker, S. I. A., Benzies, K. M., Hayden, K. A. (2017). A systematic review: effectiveness of pediatric peripheral intravenous catheterization strategies. *J Adv Nurs*. Jul, 73(7), 1570-1582. [https://doi: 10.1111/jan.13211](https://doi.org/10.1111/jan.13211).
- Pereira, A.L., & Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev. Gaúcha Enferm*, 27(4), 491-8.
- Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE online.*, Recife, 7(1), 227-235, Acedido em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3254/5498>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Phonpruk, K., Flowers, K., Naughton, G., Fulbrook, P. (2019). Analysis of written resources for parents of children discharged from a paediatric emergency department. *J Saúde infantil*. Dez, 23(4), 652-662. [https://doi: 10.1177/1367493519852460](https://doi.org/10.1177/1367493519852460).
- Pimentel, A. (2007). A Teoria da Aprendizagem Experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 2 (12), 159-168.

- Pinheiro, E., Balbino, F., Balieiro, M., De Domenico, E., Avena, M. (2009). Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (1), 77-84.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. 25, 677-87.
- Pope, N., Tallon, M., Leslie, G., Wilson, S. (2018). [Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method](https://doi.org/10.1111/jspn.12218). *J Spec Pediatr Nurs*. Jul; 23(3). [https://doi: 10.1111/jspn.12218](https://doi.org/10.1111/jspn.12218).
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2003). Circular normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2008). Circular normativa N° 11/DSCS/DPCP de 18/06/2008: Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programasnacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2010a). Circular normativa N° 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2011). Norma Direção Geral de Saúde nº 037/2011 de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012a). Circular normativa N° 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012b). Circular normativa N° 024/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012c). Circular normativa N° 023/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde. (2013). Circular normativa N° 010/2013 de 01/06/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020. Acedido em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dorpdf.asp>.
- Ramira, M. L., Instone, S., Clark, M. J. (2016). Quality improvement. Pediatric pain management: An evidence based approach. Pediatric Nursing. Jan/Fev, 42(1), 39-49. PMID: 27019942.
- Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. RECIIS, 6(4). [/http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt](http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt)
- Redfern, R. E., Chen, J. T., Sibrel, S. (2018). Effects of Thermomechanical Stimulation during Vaccination on Anxiety, Pain, and Satisfaction in Pediatric Patients: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr Nurs. Jan-Feb, 38, 1-7. <https://doi:10.1016/j.pedn.2017.09.009>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018, julho). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Diário da República, II série (133) — N.º 133, 19192-19194. Lisboa.
- Regulamento nº 140/2019 (2019, fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série (26) pp 4744-4750. Acedido em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. Revista Dor®. Órgão de Expressão Oficial da APED. Permyner Portugal. 17(17). ISSN: 0872-4814.
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto). Acedido em [https://repositorio.ucp.pt/.../TESE\\_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Cro](https://repositorio.ucp.pt/.../TESE_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Cro).
- Roque, A., Bugalho, A., Carneiro, A. V. (2007). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. Lisboa: Linha Editorial.
- Rothstein, R., Zhen, K., Olympia, R. P. (2020). School nurses on the front line of medicine: when you don't need to "stop at er start!" — The Role of Emergency Centers in

Managing Students with Nonemergent Chief Complaints. *Nursing NASN Sch.* Jan, 35(1), 24-29. [https://doi: 10.1177/1942602X19878888](https://doi:10.1177/1942602X19878888).

Ruest, S. & Anderson, A. (2016). Management of acute pediatric pain in the emergency department. *Curr Opin Pediatr.* Jun, 28(3), 298-304. <https://doi:10.1097/MOP.0000000000000347>.

Russel, A. (1997). Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. *International Journal of Behavioral Development*, 21 (1).

Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto). Acedido em [https://repositorio.ucp.pt/.../TESE\\_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Cro](https://repositorio.ucp.pt/.../TESE_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Cro).

Sanchez, C., N., Staab J., Chatham, R., Ryan, S., Mcnair, B., Grubenhoff, J. A. (2018). Child life reduces distress and pain and improves family satisfaction in the pediatric emergency department. *Clin Pediatr (Phila)*. Nov; 57(13), 1567-1575. [http://doi: 10.1177/0009922818798386](http://doi:10.1177/0009922818798386).

Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-3. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Santos, Y., Jesus, L., Portella, S. (2013). A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos QUALIS A. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2(1), 112-131.

Settelmeyer, D. (2018). Evaluation of Evidence-based throat-pain protocol to reduce left-without-being-see lenght of stay, and antibiotic prescribing. *Journal of Emergency Nursing*. Mai, 44(3), 236-241. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.08.003>.

Sheridan, Mary; Frost, Marion & Sharma, Ajay (2001) – *From Birth to Five Years – Children's Development Progress*. Londres: Routledge.

Sick kids-About Kids Health. (2010). A dor: como cuidar da criança em casa. Disponível em <https://www.aboutkidsheath.ca/article?contentid=1253&language=portuguese>

Silva, T. P. & Silva, L. J. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-Nascido. *Revisão Sistemática. Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 437-454.

Short, S., Pace, G. & Birnbaum, C. (2017). *Nonpharmacologic Techniques to Assist in Pediatric Pain Management*, Elsevier, 18(4).

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações (secção de cuidados intensivos pediátricos da

- sociedade portuguesa de pediatria). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 32-34. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4742/3554>.
- Souza, V. S., Corgozinho, M. M. (2006). A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *Rev. Cient. Sena Aires*. 5(1), 70-8. ISSN: 2179-0981.
- Teixeira, T. (2011). *Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre)*. Disponível em Repositório IPV: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%2C%20Visita%2C%20A7%2C%20A3o%20domiciliar%20em%20saude%20infantil.pdf> 10.
- Thrane, S. E, Shannon W., Cohen S. M, Danford C. A. (2016). The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: A synthesis of evidence with recommendations. *J Pediatr Nurs*. Jan-Feb;31(1):23-32. <http://doi: 10.1016>.
- Treadgold, R., Boon, D., Squires, F., Courtman S., Endacott, R. (2018) Implementation of paediatric pain care-bundle across South-West England clinical network of Emergency Department and Minor Injury Units: A before and after study *Int Emerg Nurs*. Mar;43: 56-60. <https://doi: 10.1016/j.ienj.2018.10.001>.
- Uspal, N., Black, K. D., Cico, S. J. (2019). Pediatric pain management in the emergency department. *Pediatr Emerg Med Pract*. Aug, 1-24. PMID: 31339255.
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia - cuidados para o desenvolvimento. In Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Oriental, EPE (editor). *Neonatologia Manual Prático – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. 260-262. Lisboa: Saninter.
- Vidal, C., Bento, C. & Duque, H. (2010). Ventilação não invasiva e invasiva. In Silva, A. & Lage, M. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (61-98). Coimbra: Formasau.
- Vilelas, J. M. S. & Janeiro, S. I. D. (2011). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1). doi: S1415-2762201200010001.
- Williams, S., Keogh, S., Douglas, C. (2019). Improving paediatric pain management in the emergency department: An integrative literature review. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.017>.

- Wente, S. J. K. Richfield, R. N. (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain management in Emergency Departments: A systematic review of the literature. *Journal of emergency nursing*, 39(2), 140-150. DOI: [10.1016/j.jen.2012.09.011](https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011).
- Yılmaz, D., Heper, Y., Gözler, L. (2017). Effect of the Use of Buzzy during Phlebotomy on Pain and Individual Satisfaction in Blood Doadores. *Enfermeira Pain Manag. Ago*, 18(4): 260-267. [https://doi: 10.1016/j.pmn.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.03.005).
- Young, V. B. (2017). Effective Management of Pain and Anxiety for the Pediatric Patient in the Emergency Department. *Crit Care Nurs Clin North Am.* Jun, 29(2), 205-216. [https://doi: 10.1016/j.cnc.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.01.007).

## **Anexos**



**Anexo I – Projeto de estágio em Saúde Infantil e Pediátrica: realizado na Unidade de cuidados intensivos pediátricos– Objetivos pessoais**



Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem em situação crítica e sua família.

Atividades a desenvolver:

- Acolhimento e integração da criança/jovem e família no serviço;
- Avaliação inicial e secundária da criança/jovem em estado crítico e família com registo dos dados recolhidos no sistema informático (B-ICU);
- Estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados à criança/jovem em estado crítico;
- Adquisição de habilidades na identificação e priorização de focos de instabilidade e consequente prestação de cuidados de enfermagem antecipatórios;
- Planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem em estado crítico;
- Prestação de cuidados de forma a aprofundar capacidades relacionais e comunicacionais inerentes aos aspetos do cuidar em fim de vida;

Objetivo 2: Estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional

- Integração na equipa num ambiente calmo e acolhedor;
- Comunicação adequada com a equipa multiprofissional;
- Cumprimento do horário de estágio definido no plano curricular;
- Pugnar por manter uma atitude zelosa e ética, de envolvimento no desenvolvimento profissional e no trabalho em equipa multiprofissional, colaborando para a visibilidade dos serviços como organização inteligente e inovadora;
- Participação nos cuidados à criança/jovem em situação crítica;
- Reflexão de situações clínicas de forma holística, ética e culturalmente sensível;
- Discussão e reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria da qualidade.

Objetivo 3: Desenvolver competências especializadas no atendimento da criança gravemente doente e sua família pautando pela humanização e pela ética

- Observação do enfermeiro especialista na prestação dos cuidados a crianças gravemente doentes e sua família;
- Descrição do método de prestação de cuidados de enfermagem;
- Reflexão de forma crítica acerca do papel do enfermeiro especialista na equipa;

- Planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem à criança/ jovem gravemente doente e sua família, tendo em conta a sua vulnerabilidade no cuidar, as suas particularidades e necessidades;
- Conhecimento e participação nos cuidados centrados na família e baseados na parceria de cuidados;
- Discussão de estratégias de cuidados com os enfermeiros tutores;
- Reflexão crítica acerca das práticas de cuidados comparativamente aos conhecimentos adquiridos em contexto teórico no que diz respeito aos cuidados especializados de saúde infantil e juvenil;

Objetivo 4: Desenvolver competências especializadas no cuidar da criança sujeita a ventilação mecânica invasiva (VMI):

- Conhecimento dos princípios, gestão e equipamentos de ventilação assistida;
- Conhecimento e participação nos cuidados a doentes com VMI;
- Fixação adequada da cânula traqueal, assegurar o posicionamento e a sedação contínua;
- Promoção da mudança de decúbitos;
- Promoção de ambiente terapêutico;
- Promoção de períodos ininterruptos de sono e repouso;
- Confirmação do rigor asséptico nos cuidados a doentes com VMI, nomeadamente na manipulação do equipamento e na aspiração de secreções;
- Detecção de complicações, elaborar e executar planos de cuidados, englobando todas as necessidades da criança/jovem e sua família.

Objetivo 5: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados atraumáticos e controlo da dor na criança gravemente doente:

- Reconhecimento precoce de situações potencialmente dolorosas, evitando-as e minimizando-as;
- Conhecimento das escalas de dor utilizadas no serviço e aplicá-las;
- Aprofundamento de conhecimentos sobre analgesia farmacológica e não farmacológica, especialmente as utilizadas em unidades de cuidados intensivos;
- Acolhimento da criança e sua família de forma adequada e personalizada;
- Disponibilidade para a escuta ativa;
- Promoção de uma relação empática com os pais;

- Desenvolvimento de ações potenciadoras de um ambiente empático e seguro para a criança e seus cuidadores;
- Desenvolvimento de uma parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;
- Prestação de cuidados de enfermagem atraumáticos focados no contro da dor e com o mínimo de estresse para a criança e família.



**Anexo II – Projeto de estágio em Saúde Infantil e Familiar: realizado em cuidados de saúde primários – Objetivos pessoais**



Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem em contexto de cuidados de saúde primários:

Atividades a desenvolver:

- Avaliação inicial e secundária da criança/jovem e sua estrutura familiar;
- Promoção da parentalidade positiva;
- Avaliar o crescimento, nomeadamente o peso, estatura, índice de massa corporal, perímetro cefálico e respetivos percentis de forma a detetar situações de malnutrição ou excesso de peso;
- Adquisição de habilidades na identificação de atrasos de desenvolvimento psico-motor;
- Avaliação do desenvolvimento com a aplicação do teste de Mary-Sheridan nas crianças, para detetar precocemente situações de atraso de desenvolvimento;
- Registo dos parâmetros avaliados em suporte próprio, como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil bem como na aplicação informática do SClínico;
- Aplicação e promoção do Plano Nacional de Vacinação;
- Realização de ensinamentos durante a realização da consulta, de acordo com a faixa etária e com as necessidades identificadas, para a promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de acidentes;
- Comunicação antecipada de procedimentos necessários à criança e /ou jovem e família (como por exemplo, a vacinação e o teste de diagnóstico precoce), esclarecendo dúvidas e solicitando a sua colaboração promovendo a parceria de cuidados;
- Observação do enfermeiro especialista na prestação dos cuidados a crianças/jovens e sua família na consulta de vigilância de saúde infantil;
- Reflexão crítica acerca das práticas de cuidados comparativamente aos conhecimentos adquiridos em contexto teórico no que diz respeito aos cuidados especializados de saúde infantil e juvenil;

Objetivo 2: Estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional

- Integração na equipa num ambiente calmo e acolhedor;
- Comunicação adequada com a equipa multiprofissional;
- Cumprimento do horário de estágio definido no plano curricular;
- Pugnar por manter uma atitude zelosa e ética, de envolvimento no desenvolvimento profissional e no trabalho em equipa multiprofissional;

- Discussão e reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria da qualidade.

Objetivo 3: Acompanhar uma visita domiciliária ao recém-nascido (RN):

- Observação e reflexão sobre a importância da visita domiciliária para a capacitação da família e para o desenvolvimento da parentalidade positiva;
- Realização do diagnóstico precoce a recém-nascidos e respetivo ensino á família;
- Promoção do aleitamento materno;
- Promoção da parentalidade, através do ensino aos pais sobre os cuidados á criança/jovem, capacitando-os para a gestão proficiente dos cuidados aos seus filhos;
- Observação da visita pelo médico e enfermeiro de família na construção de uma relação empática.

Objetivo 4: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados atraumáticos e controlo da dor na criança:

- Reconhecimento precoce de situações potencialmente dolorosas, evitando-as e minimizando-as;
- Promoção do conhecimento das escalas de dor, sua aplicação e respetivo registo, no sentido de documentar os cuidados prestados;
- Partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem sobre analgesia farmacológica e não farmacológica, através de uma sessão de formação;
- Realização de ensinios aos pais sobre a necessidade de controlo da dor na criança;
- Elaborar um panfleto informativo, para os pais, acerca da necessidade de controlar a dor na criança;
- Aplicação prática de cuidados de enfermagem atraumáticos focados no contro da dor e com o mínimo de estresse para a criança e família durante a vacinação;
- Ensinios aos pais sobre os cuidados a ter após vacinação no tratamento e alívio da dor ou febre.

**Anexo III - Projeto de Estágio de Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos  
Neonatais – Objetivos Pessoais**



Objetivo 1: Desenvolver competências na amamentação do prematuro:

- Promover o aleitamento materno no prematuro;
- Realizar ensinamentos e encorajar a mãe no decorrer do processo de amamentação do prematuro;
- Desenvolver estratégias para a resolução de problemas associados à amamentação do prematuro;
- Pesquisar bibliografia relacionada com o processo de amamentação do prematuro.

Objetivo 2: Estabelecer relações adequadas com a equipa multiprofissional

- Integração na equipa num ambiente calmo e acolhedor;
- Comunicação adequada com a equipa multiprofissional;
- Cumprimento do horário de estágio definido no plano curricular;
- Pugnar por manter uma atitude zelosa e ética, de envolvimento no desenvolvimento profissional e no trabalho em equipa multiprofissional;
- Discussão e reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria da qualidade.

Objetivo 3: Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre o NIDCAP (Newborn Individual Development Care and Assessment Program) e prestar cuidados ao RN prematuro de acordo com esse programa

- Conhecer as normas e protocolos do serviço;
- Prestar cuidados de acordo com a metodologia da unidade;
- Observar e prestar cuidados centrados no desenvolvimento do RN prematuro;
- Prestar cuidados concentrados e mínimos que respeitem o sono/vigília do prematuro e satisfação as suas necessidades;
- Refletir acerca dos cuidados prestados de acordo com as necessidades e individualidade de cada prematuro.

Objetivo 4: Desenvolver competências na gestão da dor do RN prematuro:

- Reconhecimento precoce de situações potencialmente dolorosas, evitando-as e minimizando-as;
- Aprofundar conhecimentos sobre as escalas de avaliação da dor no RN prematuro e utilizadas na unidade;

- Monitorizar a dor de acordo com a escala de dor;
- Gerir estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor, de acordo com a necessidade e procedimentos a executar.

Objetivo 5: Desenvolver competências especializadas no cuidar do prematuro sujeito a ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI):

- Conhecimento dos princípios, gestão e equipamentos de ventilação assistida e não assistida;
- Conhecimento e participação nos cuidados a doentes com VMI e VNI;
- Promover mudança de decúbito;
- Promover ambiente terapêutico;
- Assegurar períodos ininterruptos de sono e repouso;
- Assegurar rigor asséptico nos cuidados a doentes com VMI, nomeadamente na manipulação do equipamento e na aspiração de secreções;
- Detetar complicações, elaborar e executar planos de cuidados, englobando todas as necessidades da criança/jovem e sua família.

Objetivo 6: Desenvolver competências na promoção da parentalidade e da vinculação

- Estabelecer relação com os pais;
- Desenvolver intervenções que promovam a parceria de cuidados;
- Compreender e integrar os pais na prestação de cuidados de acordo com a situação do RN e sua capacidade, dotando-os de habilidades para desempenharem a sua função parental;
- Mostrar disponibilidade e promover a escuta ativa;
- Desenvolver ações que promovam a vinculação de acordo com a avaliação individual de cada família.

**Anexo IV – Folheto: Dor na Criança: Informação aos pais**



## COMO SE MANIFESTA

- Sensação corporal desconfortável
- Referência subjetiva de sofrimento
- Expressão facial característica
- Gritos/ Choro
- Comportamento/posicionamento de autoproteção
- Pontapés/ Agitação
- Alteração do tônus muscular /Rigidez
- Inquietação e perda de apetite
- Suster a respiração/respiração rápida e superficial
- Evidência do contacto social/ Isolamento
- Irritabilidade (muito característico em lactentes)



Durante a infância os pais são confrontados com os inúmeros desafios implícitos no cuidar de um filho (a), sendo o controlo da dor um deles.

### SINAIS DE ALARME

#### QUANDO É PRECISO PROCURAR AJUDA

- Quando a intensidade e a frequência da dor aumentam, havendo grande dificuldade em a controlar
- Quando a dor não melhora com o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio
- Quando a dor perdura no tempo,
- Quando ocorrem em mais que um contexto, ou num em específico
- Quando surge associada a outros sintomas (vómitos, febre, dificuldade em respirar...)

Título: Elaborado Por Sara F. M. V. I. Sob a orientação pedagógica da Sr. Prof. Doutora Graça Aparício e orientação clínica da Sr. Enf. Bp. Líria Apóstolo

No âmbito da Unidade curricular de Ensino com Recurso Físico, elaborado e atualizado pela Família, do 1º Curso de Mestrado e 1º Curso de Pós-Graduação de Especialização em Enfermagem de Cuidar da Vida e Promover a Saúde

Fonte: [www.cienciaeinformacao.pt](http://www.cienciaeinformacao.pt)  
 Internacional Council of Nurses (ICN) CEPÉRI-Enf. O desenvolvimento da prática de enfermagem: OPE Versão 2019. Disponível em: [www.cienciaeinformacao.pt](http://www.cienciaeinformacao.pt)  
 Brilha, I. M. G. O. R. Avaliação do nível de conhecimento sobre a dor em pediatria. Disponível em: [www.cienciaeinformacao.pt](http://www.cienciaeinformacao.pt)



## Dor na criança: informação para os pais



Aos Pais / Cuidadores

### Dor

#### O que é?

- A dor é uma das principais causas de sofrimento na criança, com relevantes repercussões no desenvolvimento e bem-estar da mesma;
- É uma experiência sensorial e emocional pessoal, pelo que deve ser sempre valorizada por aquilo que a criança diz que é e sente;
- Deve ser considerada e valorizada como qualquer outro sinal vital ( temperatura, tensão arterial...);
- Pelo seu efeito nefasto na saúde física e mental, é considerada como um problema de saúde pública;
- Independentemente da idade da criança, o seu tratamento e controlo é essencial, pois a maior parte da dor pode ser evitada ou francamente aliviada.



### COMO DEVO LIDAR COM A Dor?

Mantenho-me calma e confiante e demonstrar atenção e afeto.

- Antes de intervir tente caracterizá-la (contínua, intermitente, picada, pressão, tipo cólica...);
- Identifique as situações que a fazem aumentar e surgir;
- Promova uma estratégia de alívio da dor e avalie se foi eficaz;

#### Estratégias farmacológicas:

- Existem vários tipos de medicamentos, que serão recomendados de acordo com a dor que o seu filho diz que tem.
  - O médico pode receitar medicamentos a serem tomados a horas certas e/ou para tomar nos intervalos se me pro assim persistir a dor (em SOS):
  - Paracetamol - pode ser tomado a intervalos de 6 horas entre cada administração, não excedendo 5 administrações em 24 h;
  - Ibuprofeno - a dose pode repetir-se a cada 8 horas;
- Deve sempre cumprir as doses prescritas e os intervalos recomendados, anotando todas as administrações.

### COMO DEVO LIDAR COM A Dor?

#### • Estratégias não farmacológicas:

- Massajar a zona dolorosa;
- Aplicar calor/frio, devidamente protegido para evitar queimaduras;
- Promover o conforto (almofadas, posicionamento do alívio)
- Usar estratégias de distração/imaginação guiada (contar histórias, ver TV, brincar com o boneco preferido)
- Musicoterapia;
- Controlar o ambiente (ambiente agradável, com pouca luz, temperatura agradável, pouco ruído)
- Dar suporte emocional (amamentar, dar colo, mamar, método kanguru), chupeta (sucção não nutritiva);
- Usar sabor doce de acordo com idade (Sacarose / glicose a 30% / chupa-chupa) - dois minutos após do procedimento, o seu efeito é potenciado pela sucção não-nutritiva que triba a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido, e embora não diminua a dor, ajuda a criança a reorganizarem após o estímulo agressivo, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais.



**Anexo V – Sessão sobre a Sacarose: Protocolo de Utilização de Sacarose a 24% na  
Prevenção e Alívio da dor no Lactente em Procedimentos Dolorosos**



# Protocolo de utilização de sacarose a 24% na prevenção e alívio da dor no lactente em procedimentos dolorosos

## •Objetivo:

- Prevenir, Diminuir ou aliviar a dor provocada por procedimentos simples, no lactente através da administração de uma solução de sacarose a 24% associada à sucção.
- Minimiza o stress, agitação e desorganização do lactente

## •Mecanismo de Ação:

- A sacarose é um dissacárido adocicado, constituído por uma molécula de glicose e uma de frutose. Estas substâncias adocicadas produzem uma resposta calmante pela estimulação do paladar. Atua por meio de dois mecanismos: ativando as áreas corticais diferenciadas relacionadas com o prazer, através do paladar, promovendo efeitos fisiológicos e sensoriais através da libertação de endorfinas DGS (2012) e o segundo está relacionado com a ação dos opióides endógenos, que ocupam receptores e modulam a transmissão neuronal de estímulo algíco. (Magalhães et al, 2020)

## •Materiais utilizados:

- Solução de sacarose 24% em ampola de 2 ml
- Seringa de 1ml ou 2 ml
- Chupeta

## •Indicações de Utilização:

- Punção do calcanhar;
- Injeção intramuscular/subcutânea;

## •Contraindicações:

- Enterocolite necrosante;
- Atrésia do esófago;
- Fístula traqueio-esofágica;
- Intolerância à frutose;
- Dificuldade na deglutição.

## •Quem executa:

- Enfermeiros

## •Execução do procedimento:

- Preparar o material necessário ao procedimento;
- Posicionar o bebé confortavelmente, se possível ao colo;
- Colocar a solução açucarada na língua ou nas regiões laterais da cavidade oral (para evitar a aspiração) com a ajuda de uma seringa;
- Aguardar 2 minutos antes de realizar o procedimento invasivo (respeitar rigorosamente);
- Oferecer a chupeta ao bebé imediatamente a seguir à administração da solução açucarada, mantendo -a durante todo o procedimento invasivo.
- Pode ser usado em combinação com outros métodos não farmacológicos ou farmacológicos como o aconchego ou o contacto pele a pele ou o uso de Emila, para uma maior eficácia.

## •Posologia:

Recémnascido 2731 semanas	0,5 ml
Recémnascido 3236 semanas	1 ml
Recémnascido com + de 3Kg ou lactente até 1 ano	2 ml

-Bralção, A., Sousa, A., Marina, S., & Lima, L. (2016). *Brief Report of pain in neonates under intensive care: a brief Review de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 2(1), 30-38.

-Bibliografia: Portugal: Direção Geral de Saúde. (2020). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor e procedimentos invasivos nas crianças (1.ª edição)*. [https://www.dgs.pt/directricas-dgs/orientacoes](https://www.dgs.pt/directricas-dgs/orientacoes-e-circulares-informaticas/orientacoes-022201-2e-18122012.aspx)

-Hanson, D. (2008). *Pain sucrose for pain management in infants: Myths and misconceptions*. *Neonatal Nursing*, 14(2), 48B. doi:10.1016/j.jnn.2007.12.002

-Magalhães FJ, Rolim KMC, Pinheiro MD, FERNANDES HV, Santo MSN, Albuquerque PH. Eficácia da sacarose no alívio da dor em procedimentos invasivos: revisão integrativa da literatura. *Ver. Enferm. Digit. Cuid. Promoção saúde*. 2020; 5(2): 32-38.

-Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Plano orientador de boa prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. [http://www.ordem.enfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP\\_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf](http://www.ordem.enfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf)



**Anexo VI – Apresentação do trabalho: A dor em idade pediátrica**



## Plano de Sessão

### Objetivo Geral

- Fomentar nos profissionais de saúde a importância da temática da dor em idade pediátrica.

### Objetivos específicos

- Definir o conceito de dor, contextualizando-o;
- Descrever as escalas de avaliação da dor em pediatria;
- Enumerar as dificuldades na avaliação da dor;
- Identificar intervenções de enfermagem autónomas (não farmacológicas) e interdependentes (farmacológicas) no controlo da dor em pediatria;

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação grupo</li> <li>• Apresentação dos objetivos do trabalho</li> </ul>	Expositivo	Computador	30 - 45 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor,</li> <li>• Vigilância da dor e monitorização da dor;</li> <li>• Dificuldades na avaliação;</li> <li>• Estratégias não farmacológicas;</li> <li>• Estratégias farmacológicas;</li> <li>• Conclusão;</li> </ul>	Expositivo e Interativo		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão final;</li> <li>• Esclarecimento de questões.</li> </ul>	Expositivo e Interativo		



Escola Superior de Saúde de Viseu  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria



# A DOR, EM IDADE PEDIÁTRICA

Sara Pimentel, Coimbra  
24 de Fevereiro 2021

## Nota Introdutória,

A dor é uma das principais causas de sofrimento na infância, com relevantes repercussões no desenvolvimento da mesma.



Apesar da evolução do conhecimento da dor ao longo dos vários estádios do desenvolvimento da criança e a resultante melhoria no tratamento individual independentemente da idade, a maior parte da dor podia ser evitada ou francamente aliviada.

Batalha, 2010 e Ordem dos Enfermeiros, 2013

## A Dor,



A frequência elevada e o potencial para causar incapacidade,

Fazem da dor

Um problema de saúde pública!

Batalha, 2016

## A DOR,



- ▶ *"Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite."*

CIPE, 2019

- ▶ *"[...]Cada pessoa tem um significado próprio de dor marcado pela particularidade e unicidade do seu ser. É por isso que não há dor sem significação afectiva ou seja, sem sofrimento."*

Batalha, 2016

## A DOR,

Devemos reconhecer:

-a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na percepção, quer na manifestação (quer ainda, posteriormente, nas respostas conseguidas).



Assim, antes de intervir sobre a mesma, vamos procurar caracterizá-la

Ordem dos Enfermeiros, 2013

# DOR - Avaliação Inicial



Direcção Geral de Saúde, 2010

# DOR - Avaliação Inicial



## DOR - Avaliação Inicial



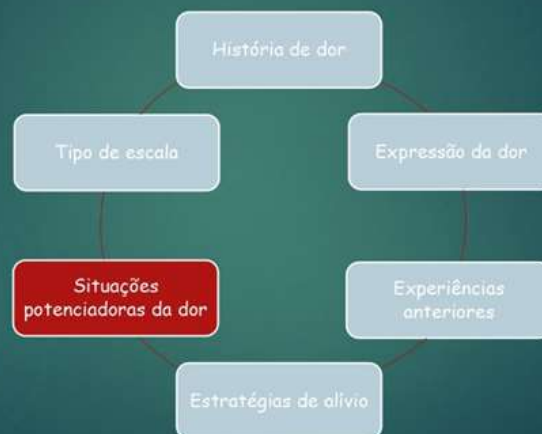
## DOR - Avaliação Inicial



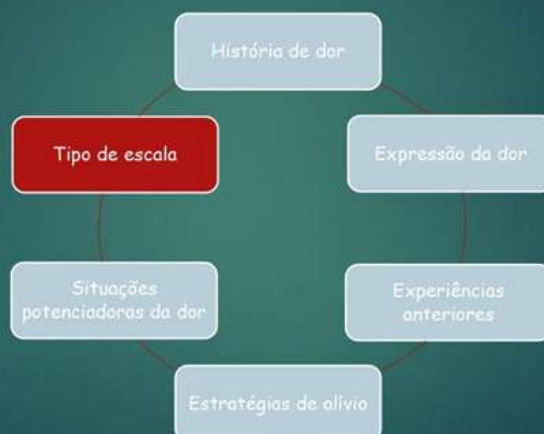
## DOR - Avaliação Inicial



## DOR - Avaliação Inicial



## DOR - Avaliação Inicial



## Dor

Esta avaliação é feita?

Porque deve ser feita?

Boas práticas!

## Dor

Esta avaliação é feita?

Porque deve ser feita?

Boas práticas!

## Dor

Esta avaliação é feita?

Porque deve ser feita?

Boas práticas!

Art.º 4- "(...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo."

Art.º 5 - "(...) Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável."

Carta da Criança Hospitalizada

## Dor

Esta avaliação é feita?



Porque deve ser feita?



Boas práticas!

Desde 1989 que a avaliação da intensidade da dor como 5º sinal vital é recomendada.

Em Portugal foi instituída como 5º sinal Vital em 2003.

Batalha, 2014

## Dor

Esta avaliação é feita?



Porque deve ser feita?



Boas práticas!

"E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.

E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor."

Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018

## Dor

Esta avaliação é feita?

Porque deve ser feita?

**Boas práticas!**

## Dor

Esta avaliação é feita?

Porque deve ser feita?

**Boas práticas!**

Acreditar sempre na criança que refere dor

Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos

Dar tempo à criança para expressar a sua dor

Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta

Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações

Direcção Geral de Saúde, 2010

## Escalas de Avaliação da Dor

### Auto-avaliação

FPS-R - Faces Pain Scale - Revised)

Escala de faces de Wong-Baker

EVA- Escala Visual Analógica

EN - Escala Numérica

### Hetero-avaliação

EDIN - Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau - né

PIPP - Premature Infant Pain Profile

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N - PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

FLACC-R (Face, legs, activity, cry, consolability-revised)

## Escalas de Avaliação da Dor

### EDIN

- Aplicada a todos os tipos de dor.
- Em RN ( $\geq$  25 semanas de gestação) usada (em alguns locais) até 1 ano de idade.
- É uma escala de avaliação comportamental, com reprodutibilidade para a população portuguesa.
- Valor mínimo 0, máximo de 15.

## Monitorização da dor através de escala

### ► EDIN (Evaluation Distress Infant Newborn)

- Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada em recém nascidos IG>25 semanas até aos 3 meses de idade;
- Cada indicador é medido numa escala de 0 a 3 pontos, podendo ter uma pontuação mínima de 0 e máxima de 15 pontos;
- Considera-se a administração de analgesia quando se obtém um valor na escala superior ou igual a 5.

(Batalha, 2016)

Sem dor: 0 pontos  
 Dor ligeira: 1 a 4 pontos  
 Dor moderada: 5 a 8 pontos  
 Dor intensa: 9 a 12 pontos  
 Dor muito intensa: 13 a 15 pontos

IDENTIFICAÇÃO				DATA		
				HORA		
	0	1	2	3		
<b>ROSTO</b>	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada		
<b>CORPO</b>	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel		
<b>SONO</b>	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece		
<b>INTERACÇÃO</b>	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação		
<b>RECONFORTO</b>	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada		
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>						

(DGS, 2010, p.

## Escalas de Avaliação da Dor

# PIPP

- Aplicada na dor aguda.
- Em RN, tendo em conta a idade gestacional.
- É uma escala multidimensional que inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais.
- Valores  $\leq 6$  (ausência de dor ou dor mínima),  $>12$  (dor moderada a intensa);
- Útil para avaliação da dor em procedimentos.

## Monitorização da dor através de escala

### ► PIPP (Premature Infant Pain Profile)

- A monitorização é feita através da análise de sete indicadores: movimentos faciais (protuberância da sobrancelha, olhos apertados e sulco nasolabial), indicadores fisiológicos (Fc e SpO<sub>2</sub>) e aspetos do contexto (idade gestacional e estado de sono/vigília);
- A pontuação varia de 0 a 3 pontos, podendo totalizar 21 pontos.

(Linhares, Doca, 2010)

Ausência de dor: < 6 pontos  
Dor mínima: ≥ 6 e < 12 pontos  
Dor moderada: ≥ 12 e < 18 pontos  
Dor intensa: ≥ 18 pontos

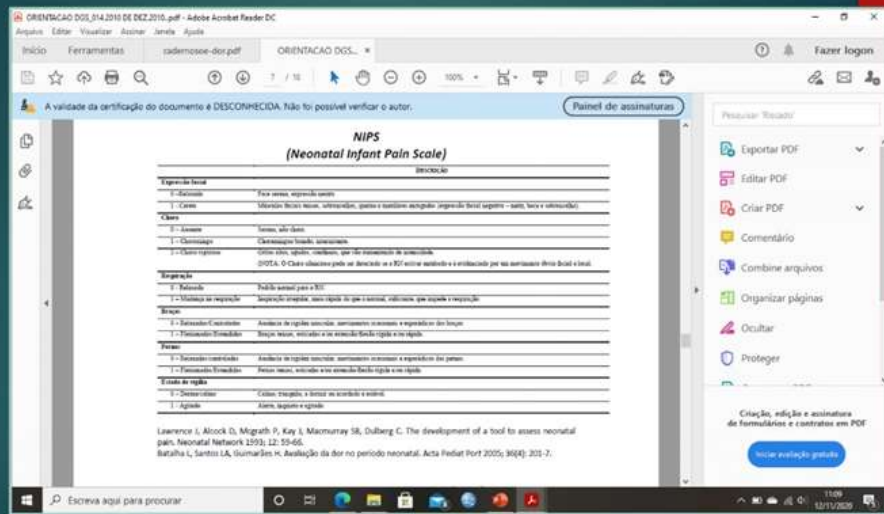
PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)					
PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo / acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo / dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO <sub>2</sub> mínimo	↓ 0-2,4 %	↓ 2,5-4,9 %	↓ 5,0-7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

## Escalas de Avaliação da Dor

# NIPS

- Aplicada na dor aguda.
- Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo.
- Não pode ser usada em RN com entubação traqueal.

# NIPS - Neonatal Infant Pain Scale



(DGS, 2010, p. 7)

## Escalas de Avaliação da Dor

N-  
PASS

- Aplicada na dor aguda e prolongada (crónica e/ou contínua), bem como sedação em lactentes.
- Composta por 2 medidas de score Dor/ Agitação e Sedação.
- Valor máximo de 10 e mínimo de 0.
- Aplicada dos 0 aos 100 dias.

## N - PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

<b>Avaliação Sedação</b>	<p>A sedação é pontuada de 0 a -2 para cada critério fisiológico e comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontuação final é descrita em números negativos (0 a -10)</li> <li>• Pontuação zero é dada a RN reativo, que não apresenta sinais de sedação</li> </ul>
<b>Níveis de sedação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Sedação profunda": escore de -10 a -5</li> <li>• "Sedação leve": escore de -5 a -2</li> </ul>
<b>Pontuação negativa na ausência de opioides e/ou sedativos indicam:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta prolongada ou persistente à dor/estresse</li> <li>• Depressão neurológica, sepsis ou outras</li> </ul>

(Balda & Guinsburg, 2018, p.11-12)

## Escalas de Avaliação da Dor

FLACC

- Aplicada na dor aguda.
- Crianças e jovens até aos 19 anos.
- Facilidade na aplicação.

# Monitorização da dor através de escala

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

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

(DGS, 2010, p. 8)

- Cada parâmetro é medido de 0 a 2 pontos, perfazendo uma pontuação que varia de 0 e 10 pontos;
- Por se tratar de uma escala comportamental, facilita a comparação com as escalas de autoavaliação.

(Batalha, 2016)

# Monitorização da dor através de escala

## ► Escala Avaliação da Dor em crianças com multideficiência - FLACC-R (Face, Legs, Activity, Consolability - Revised)

Pode ser usada com crianças com multideficiência entre o nascimento até aos 19 anos. Requer um período de observação que varia entre os 2 e 3 minutos;

A sua pontuação varia entre 0 e 10.

(Batalha, 2016)

<p><b>Face</b></p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p><b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Pernas</b></p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal &amp; movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p><b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Atividade</b></p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular</p> <p><b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Choro</b></p> <p>0 = Sem choro/ verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes</p> <p><b>Comportamento individualizado:</b></p>
<p><b>Consolabilidade</b></p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p><b>Comportamento individualizado:</b></p>

(DGS, 2010, p. 8)

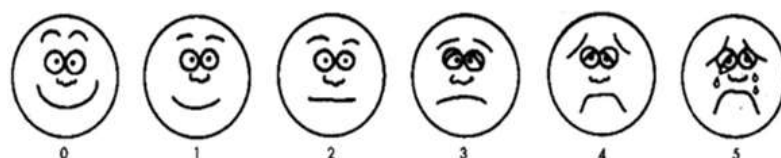
## Escalas de Auto-avaliação da Dor

### ESCALA DE FACES WONG - BAKER

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- A crianças com idade  $\geq$  a 3 anos.
- Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor.
- Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.

## ESCALA DE FACES WONG - BAKER

### ESCALA DE FACES WONG-BAKER



\* Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro." (DGS, 2010,p.9)

## N - PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

<b>Avaliação Sedação</b>	<p>A sedação é pontuada de 0 a -2 para cada critério fisiológico e comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontuação final é descrita em números negativos (0 a -10)</li> <li>• Pontuação zero é dada a RN reativo, que não apresenta sinais de sedação</li> </ul>
<b>Níveis de sedação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sedação profunda”: escore de -10 a -5</li> <li>• “Sedação leve”: escore de -5 a -2</li> </ul>
<b>Pontuação negativa na ausência de opioides e/ou sedativos indicam:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta prolongada ou persistente à dor/estresse</li> <li>• Depressão neurológica, sepsis ou outras</li> </ul>

(Balda & Guinsburg, 2018, p.11-12)

## Escalas de Avaliação da Dor

FLACC

- Aplicada na dor aguda.
- Crianças e jovens até aos 19 anos.
- Facilidade na aplicação.

## Monitorização da dor através de escala

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

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

(DGS, 2010, p. 1)

- Cada parâmetro é medido de 0 a 2 pontos, perfazendo uma pontuação que varia de 0 e 10 pontos;

- Por se tratar de uma escala comportamental, facilita a comparação com as escalas de autoavaliação.

(Batalha, 2016)

## Monitorização da dor através de escala

### ► Escala Avaliação da Dor em crianças com multideficiência - FLACC-R (Face, Legs, Activity, Consolability - Revised)

Pode ser usada com crianças com multideficiência entre o nascimento até aos 19 anos. Requer um período de observação que varia entre os 2 e 3 minutos;

A sua pontuação varia entre 0 e 10.

(Batalha, 2016)

<b>Face</b>
0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso
1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada
2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico
<b>Comportamento individualizado:</b>
<b>Pernas</b>
0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores
1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais
2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos
<b>Comportamento individualizado:</b>
<b>Atividade</b>
0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica
1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.
2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular
<b>Comportamento individualizado:</b>
<b>Choro</b>
0 = Sem choro/ verbalização
1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais
2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes
<b>Comportamento individualizado:</b>
<b>Consolabilidade</b>
0 = Satisfeita e relaxada
1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.
2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto
<b>Comportamento individualizado:</b>

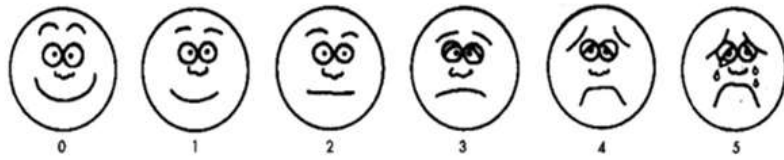
## Escalas de Auto-avaliação da Dor

### ESCALA DE FACES WONG - BAKER

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- A crianças com idade  $\geq$  a 3 anos.
- Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor.
- Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.

## ESCALA DE FACES WONG - BAKER

### ESCALA DE FACES WONG-BAKER



" Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro." (DGS, 2010,p.9)

## Escalas de Auto-avaliação da Dor

### ESCALA DE FACES (FPS - R)

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- Em crianças com idade  $\geq$  a 4 anos.
- Recomendada pela IASP.

## ESCALA DE FACES (FPS - R)



(DGS, 2010, p. 9)

Face 1 - Pontuação = 0 - Sem dor

Face 2 - Pontuação = 2 - Dor Ligeira

Face 3 - Pontuação = 4 - Dor moderada

Face 4 - Pontuação = 6 - Dor Intensa

Face 5 ou 6 - Pontuação = 8 ou 10) - Dor Muito Intensa

(Batalha, 2016)

## Escalas de Auto-avaliação da Dor

### Escala Descritiva ou Qualitativa

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- Em crianças com idade  $\geq$  4 anos.
- Pode ser usada sem instrumento físico.
- Sensível ao efeito de memória.
- Ausência de consenso dos adjectivos a usar.
- Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.

## Escala Descritiva ou Qualitativa



### Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

## Escalas de Auto-avaliação da Dor

### EVA

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- Em crianças com idade  $\geq$  6 anos.
- Escala de referência na avaliação da dor.
- Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.



## EVA – Escala Visual Analógica



"Avalia a dor aguda e persistente e consiste numa régua com 10cm com início e fim (sem ancoras)." (Batalha, 2016, p.20)

## Escalas de Auto-avaliação da Dor

# EN

- Aplicada em todos os tipos de dor.
- Em crianças com idade  $\geq$  6 anos. (saber contar com noção de grandeza numérica)
- Pode ser usada sem instrumento físico.
- Sensível ao efeito de memória.
- Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.

## EN - Escala Numérica

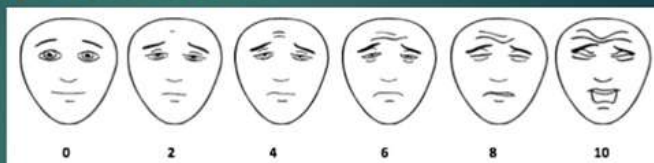
The image shows two versions of the Numerical Rating Scale (EN). The left version is the official French version, titled 'ECHELLE NUMÉRIQUE ENI', with a scale from 0 to 10 and the question 'Pouvez-vous donner une note de 1 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?'. The right version is a simplified English version, titled 'Escala Numérica', with a scale from 0 to 10, 'Sem Dor' (No Pain) on the left, and 'Dor Máxima' (Maximum Pain) on the right.

(Batalha, 2016, p.20)

## Monitorização da dor através de escala

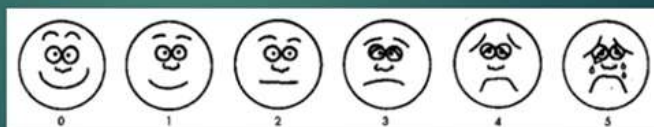
### ▶ Escala de Faces FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

Validada a partir dos 4 anos



### ▶ Escala de Faces de Wong-Baker

Validada a partir dos 3 anos



"Escala com faces sorridentes e/ou lágrimas predis põem o criança a avaliar mais o seu estado emocional do que o real (...). crianças mais novas têm tendência para escolher as extremidades da escala." (Lopes, 2006, p. 20)



1. Identificamos o foco de ação.

2. ELABORAMOS O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.

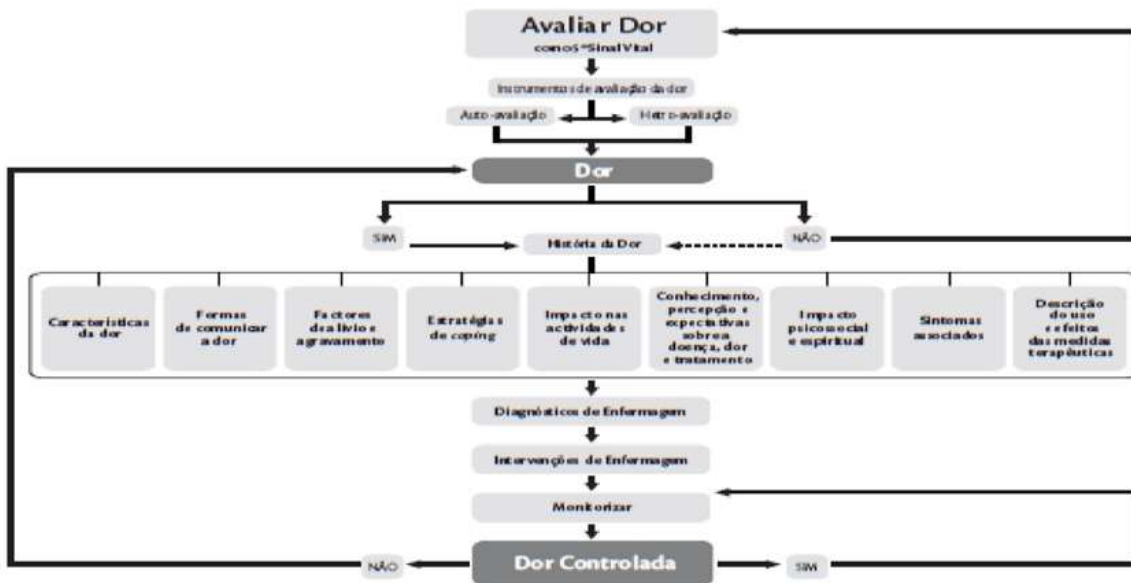


**CONDICIONANTES NA AVALIAÇÃO DA DOR:**

- Subjetividade;
- Conhecimento;
- Idade da criança;
- Espaço físico;
- Presença dos pais;
- Excesso de trabalho;



**4. ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR**





# ESTRATEGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR

## Estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- ▶ A dor em pediatria é frequentemente associada ao medo, ansiedade e stress, pelo que, técnicas não farmacológicas como a distração, o relaxamento e a imaginação guiada podem ajudar a controlar a dor.
- ▶ Consistem em práticas naturais para o alívio da dor sem o recurso a químicos uma vez que não envolvem a ingestão de fármacos, funcionando antes, como um complemento;
- ▶ Existem dois métodos de alívio da dor sem recorrer a medicamentos: a utilização de métodos associados ao consolo físico e estratégias psicológicas de distração (SickKids, 2010)
- ▶ Devem ser escolhidas de acordo com os recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, do desenvolvimento cognitivo, estratégias de coping, das suas preferências, do tipo de dor e das suas características, assim como do contexto (OE, 2013).

## Estratégias cognitivas



- ▶ Reforço positivo;
- ▶ Explicar o procedimento previamente;
- ▶ Modelagem e ensaio (mostrar o que vamos fazer e o que é esperado);

## Intervenções Cognitivo-comportamentais - mudar o foco...

### ▶ Musicoterapia

- Estimula o relaxamento e a distração;
- Devemos incentivar a pessoa a ouvir música;

### ▶ Imaginação Guiada

- ↳ Conduz a imaginação;
- ↳ Fuga para um universo sem dor;
- ↳ O seu uso recomenda-se a partir dos 4 anos de idade

### ▶ Relaxamento

- Controlo de respiração;
- Relaxamento muscular;



## Métodos Físicos

- ▶ Aplicação de calor - aplicação na zona dolorosa promovendo a circulação sanguínea. Produz um efeito analgésico pela ativação do mecanismo de supressão da dor e pelo relaxamento muscular, dependendo os seus efeitos locais ou gerais da intensidade e do tempo de aplicação.
- ▶ Aplicação de frio - diminuição da circulação periférica o que favorece a redução do edema, tendo uma ação anti-inflamatória.
- ▶ Massagem - massagem consiste na estimulação cutânea para aliviar a dor através de relaxamento e distração
  - ▶ Posicionamento - consiste na mudança de posição para promover o conforto e a autorregulação.
- ▶ Estimulação elétrica nervosa transcutânea - consiste na transmissão de estímulos elétricos através da colocação de elétrodos na pele. Embora esta técnica seja referida como eficaz no controlo da dor é pouco utilizada na prática de Enfermagem.

(OE,2013)

## Métodos Físicos



- ▶ Contenção - Promover os ninhos e o abraço de um profissional ou cuidador formal.
  - Método swaddling consiste em envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar a boca.
  - Método facilitated tucking e containment consiste na contenção manual utilizando as mãos segurando os membros de modo a manter o alinhamento corporal e os membros em flexão.
- ▶ Método Canguru - O contato pele a pele reduz significativamente o choro e a atividade comportamental, especialmente em recém-nascidos e lactentes.

(DGS, 2012)

## Suporte Emocional



- ▶ Toque (o embalar, segurar, acarinhar, mimar, envolver em roupa, pegar ao colo ou método canguru);
- ▶ Administração de sacarose oral/ glicose a 30% (muito eficaz no primeiro ano de vida);
- ▶ Sucção não nutritiva;
- ▶ Amamentação;
- ▶ Presença dos pais;

## Ambientais



- ▶ Uma atmosfera mais confortável favorece um ambiente tranquilo e familiar;
  - ▶ Diminuição do ruído (alarmes);
  - ▶ Controle da temperatura;
  - ▶ Luminosidade;

## Sacarose 24%

(água destilada com açúcar a 24% ou glicose 30%)

- Dose mínima eficaz: 0,05 a 0,5ml;
- Dose máxima: varia consoante a idade gestacional – em RN termo 2ml, até 6 tomas/dia;
- Administra-se sobre a porção anterior da língua;
- Administrar a totalidade da dose 2 minutos antes do procedimento ou administrar parte da dose 2 minutos antes do procedimento o restante durante o mesmo (sempre que os procedimentos sejam superiores a 60 segundos);
- A associação da sacarose é potenciado pela sucção não nutritiva , inibindo a hiperatividade e ajudando na reorganização da criança após o estímulo agressivo.

(DGS, 2012; Mariano, 2015)

## Estratégias complementares



- ▶ Reiki;
- ▶ Hipnose;
- ▶ Acupuntura;
- ▶ Aromaterapia;
- ▶ Cromoterapia;
- ▶ Homeopatia;
- ▶ Shiatsu;

# ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS



## Anestésicos de Aplicação Tópica



- Diminuem a sensação à dor, são absorvidos através da pele
  - Diversas formas: spray, creme, gel ou líquido
- A sua ação depende das características da pele do utilizador e das propriedades do fármaco.

(Perry e Potter, 2006, citado por Correia 2015)

## EMLA® Eutectic Mixture of Local Anaesthetics

2,5% de lidocaína e 2,5% de prilocaína



- Utilização de penso oclusivo para evitar a sua ingestão ou a contaminação acidental;
- Tempo mínimo de exposição de 60 a 90 minutos;
- Pico de acção 120 minutos;
- Duração da acção 4h;

Correia, 2015

## Cloreto de Etilo



- ▶ Interrupção temporária da sensação de dor, deixa o local anestesiado cerca de 5 segundos;
- ▶ Aplicar a uma distância de 20 a 30cm da pele a tratar até obter uma fina camada branca (cerca de 5 a 10 segundos);

Correia, 2015

## Lidocaína Spray 10%



- ▶ Efeito anestésico atingido ao fim de 3 a 5 minutos de exposição, durando cerca de 10 a 15 minutos .

Correia, 2015

## Analgésicos e Sedativos



- ▶ Aliviar a dor;
- ▶ Estabilidade fisiológica;
- ▶ Diminuir a ansiedade;
- ▶ Minimizar as alterações fisiológicas.

## Princípios para a utilização de Analgesia

### Analgesia

A via preferencial é a oral.

As vias subcutânea e intramuscular não devem ser uma opção.

Prescrita em doses terapêuticas, em horários fixos e ajustados de acordo com a intensidade da dor.

O tratamento precoce da dor é considerado muito mais eficaz que o tardio.

A prevenção da dor pressupõe uma antecipação em relação à sua ocorrência.

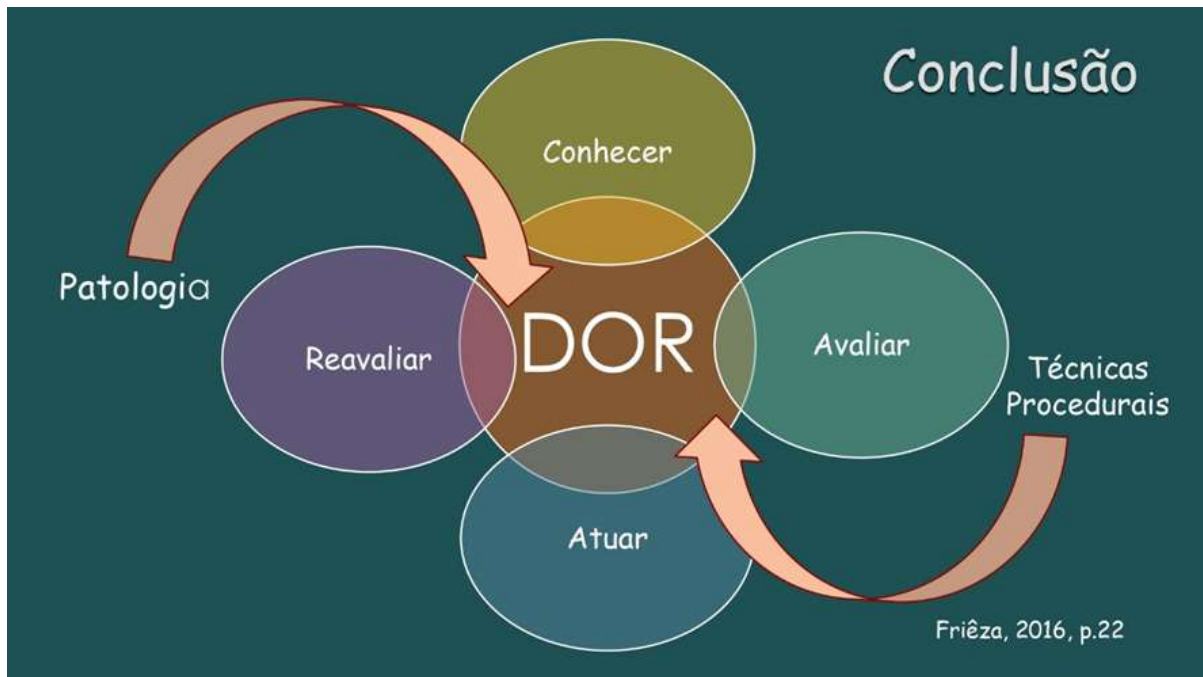
Dose calculada em função do peso atual.

## Papel do Enfermeiro



- Preparação e administração da terapêutica prescrita, decidir quando administrar (SOS);
- Vigilância e controle dos efeitos secundários;
- Avaliação e comunicação da eficácia;
- Colaboração na revisão terapêutica em função de uma avaliação contínua da dor;
- Educação para a saúde junto das crianças e pais.

(Batalha, 2010)



## Papel do enfermeiro:

- ▶ Identificar o foco de dor no processo de enfermagem sempre que se realiza um procedimento causador de dor - **DIAGNÓSTICO**
- ▶ Selecionar as estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas a utilizar - **INTERVENCOES**
- ▶ Realizar ensinios aos pais sobre a possibilidade de prevalência da dor e formas de a tratar e controlar - **ENSINOS**
- ▶ Efetuar os registos - **REGISTOS**

## Reflexão Final

- ▶ Prevenção da Dor – se a dor pode ser prevista, ela pode ser tratada profilaticamente;
- ▶ Avaliação adequada – instrumentos de avaliação apropriados ao desenvolvimento e situação clínica (escalas);
- ▶ Abordagem multimodal – utilização seriada e complementar de estratégias farmacológicas, estratégias não farmacológicas e estratégias complementares para o alívio da dor;
- ▶ Envolvimento da família – família e os pais são a melhor fonte de informação sobre a criança. É possível, em parceria, encontrar as melhores estratégias para alívio da dor;
- ▶ Controlo da dor durante os procedimentos – o controlo inadequado da dor durante os procedimentos pode criar uma atmosfera de ansiedade e aumentar a dor em posteriores procedimentos.

## Bibliografia

- ▶ Baida, R. C. X., Oursburg, R. (2018). A vigilância da dor no recém-nascido. Disponível no website da Sociedade Brasileira de Pediatria. [https://www.sbp.com.br/revistaonline\\_sauad/DocCent/teorico/Leituraem\\_dor\\_atualizacao.pdf](https://www.sbp.com.br/revistaonline_sauad/DocCent/teorico/Leituraem_dor_atualizacao.pdf)
- ▶ Bataha, L. M. C. (2018). Avaliação da dor: manual de estudo- versão 7. Coimbra: ESAPC. Disponível em: <http://book.esapc.pt/sum-00996/>
- ▶ Bataha, L. M. C., Mendes, V. M. P. (2013, dezembro). Adaptação cultural e validação de versão portuguesa da Escala Face, Leg, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ Campos, T. E. (2012). *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível no ICAP. <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível no ICAP. <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ DGS Direção Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5ª vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa nº 9/DOCO. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ DGS Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa nº 014/2010. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ DGS Direção Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (7 mês a 18 anos). Circular normativa nº 02/2012. Disponível em: <http://www.dgs.gov.pt/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ Faria, A. A. H. (2016). *Estimulantes Não Farmacológicos de Ação da Dor Aguda na criança e jovem: Desafios para a Enfermagem Hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Disponível no ICAP. <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC. Disponível em: <http://www.institutoiac.pt/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ International Council of Nurses (2019). *CIPF Browser: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPF Versão 2019*. Acessado em 09 de novembro, 2020. em: <https://www.icn.ch/portal/en/digitalcatalogue/cipf-browser>
- ▶ Ivarsson, J. (2015). *domínio 6 utilização de sucrose no alívio da dor em pediatria* (dissertação de mestrado ESAPC). Acessado em 04 maio 2017. <https://repositorio.esapc.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ Ivarsson, J. (2017). *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ Sanchez, M. S. S. (2017). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre técnicas não farmacológicas no alívio da dor na criança*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática*. Disponível em: <https://www.ordemdesenfermeiros.pt/revistaonline/revistaonline/311/7-17.pdf>
- ▶ *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>
- ▶ *Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na avaliação da dor de desconforto em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.icap.pt/bitstream/10400/2633/1/1AT100103.pdf>



**Anexo VII – Folheto sobre: Amamentação e prematuridade**



**Cuidado Canguru**

Consiste na colocação do bebê na posição vertical, sobre o peito do pai ou da mãe, em contacto pele com pele.



**Vantagens para o bebê:**

- Favorece um melhor controlo a térmico do bebê;
- Diminui a variação da frequência cardíaca e respiratória, melhora a oxigenação;
- Promove a regulação do sono-vigília;
- Reduz o stress e a dor do recém-nascido;
- Diminui o tempo de separação pais-bebê.

**Vantagens para a mãe:**

- Aumenta a produção de leite;
- Incentiva a relação entre os pais/bebê;
- Possibilita maior competência e amplia a confiança dos pais no cuidado ao seu filho;
- Melhora o bem-estar emocional e psicológico;
- Favorece os vínculos mãe-bebê e pai-bebê.

**O leite da mãe de prematuro é especial e único para favorecer a vida do bebê**

"A amamentação deve ser considerada prioridade para o recém-nascido (RN), pois contém uma combinação única de proteínas, lipídios, hidratos de carbono, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e económicos, para o crescimento e desenvolvimento, especialmente para o prematuro, devido a sua maior vulnerabilidade" (Silva, Muniz, [Cocchetti](#), 2012)

**Bibliografia:**

[Cocchetti](#) VMLF, Vinagre PD. Alimentação em situações especiais. In: [Cocchetti](#) FA, Campos JGG, et al. Tratado de Pediatría. 2.ª ed. Buenos Aires: 2011. p.35-76.

Chaz, M e Sobral, L. 2015. Amamentação em prematuros: desafios, resultados, resultados e vivências dos pais. [Doutor em Saúde](#). Ed. 27

Quintal VS, Fialdo MC, [Cocchetti](#) VMLF. Nutrição enteral do recém-nascido prematuro. [Cocchetti](#) FAC, Uno CMA, [Cocchetti](#) MFR, [Cocchetti](#) VMLF, et al. [Neonatalogia](#). Curitiba. [2009](#); 20(1): p. 19-26.

[Cocchetti](#) F, M, Muniz F., Silva E. P. (2012) [Cocchetti](#) VMLF. Alimentação Materna na Prematuridade. Uma Revisão Integrativa. [Revista de Enfermagem UFSC](#) pp.115-122.

Trabalho Elaborado Por  
Sara Fimendi  
[Cocchetti](#) MEO  
Sob orientação pedagógica de: Prof. Emerita Sotoca e orientação clínica de: Enf. Esp. Marciana Dias, Isabele Melo e Ana Pinto

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final: estágio de Neonatologia, do 7º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e [Pediatria](#)

**Amamentação e prematuridade**



O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o bebê prematuro!

Aos Pais / Cuidadores

## Amamentação e Prematuridade

Para um recém-nascido prematuro ou doente a importância da utilização do leite materno é ainda maior.

Adaptar a idade gestacional e modificá-la ao longo da mamada e ao longo dos meses, consoante a idade do bebê.

O ato de amamentar, além de alimentar, proporciona um contacto físico próximo entre a mãe e o bebê, fortalecendo o laço afetivo importante ao desenvolvimento físico, emocional e social do seu filho.


Reafirmamos os benefícios da amamentação o Ministério da Saúde preconiza o período de seis meses para o aleitamento materno exclusivo.

**Vantagens para a mãe:**

- ▶ Proteção contra doenças como o cancro;
- ▶ Recuperar a forma física mais rapidamente;
- ▶ Estabelecer uma relação especial com o seu filho;
- ▶ Melhora a [autoestima](#);
- ▶ Economia de recursos para as famílias e sociedade.

**Vantagens para o bebê:**

- ▶ Ajuda a combater infeções;
- ▶ Previne doenças;
- ▶ Contribui para um desenvolvimento saudável;
- ▶ Reduz a frequência de intubação e alimentar;
- ▶ Favorece o desenvolvimento do sistema sensorio-motor-oral, evitando problemas futuros de mastigação, oclusão dentária e apnéia do sono;
- ▶ Maior vinculação mãe-filho reduz a frequência de abuso, negligência e abandono.



O bebê que é prematuro, até aos 34 semanas não consegue mamar podendo engargar-se. Por isso é necessário um "tubinho" (sonda) para o alimentar. A melhora que ele vai criando aumenta de peso e vai conseguir mamar sem necessidade de ajuda.

A capacidade da sua mama produzir leite é determinada pela correta estimulação do mamilo e areola. Quanto mais frequente é a estimulação da sua mama mais leite vai produzir.

No caso do seu bebê prematuro, enquanto ele não aprender a mamar deve-se estimular o aleitamento materno com a utilização do cuidado canguru e a extração do leite materno, 3/3h, no mínimo de 6 vezes por dia.



**Anexo VIII – Tabela de artigos excluídos após aplicação do teste de relevância I**



Autores	Título do Artigo	Motivo de Exclusão
<b>Cacciotti C</b> , Vaiselbuh S, Romanos-Sirakis E.	Management of paediatric sickle cell disease pain in emergency department in N.Z.	Restringe a idade do estudo a crianças de 6-12 anos, pelo que não abrange a totalidade da nossa população em estudo
Diaz-Hennessey S., Eileen R., O'Shea	Virtual Reality Augmenting the acute pain experience in Children	Não engloba a totalidade da idade do nosso estudo, pois restringe-se a crianças a partir dos 6 anos
Kaar, C R, Gerard J M, Nakanishi AK	The use of a pediatric Migraine Practice Guideline in na Emergency Department Setting	Não tem como palavra-chave a dor, não abrange a idade pediátrica em estudo
Kamienski, Mary C.	Pediatric Femur Fractures	Não tem a dor como palavra-chave
Ruest S; Anderson A.	Management of acute pediatric pain in the emergency department	Não se encontra disponível em full text
Pantrini, S.	Assessment and management of pain in children following traumatic limb injury	Não se encontra disponível em full text
Grahm M, Olsson E, Mansson ME	Interactions between children and pediatric nurses at the emergency department: A swedish interview study	Não tem a dor como palavra-chave, não esta direcionado para as estratégias não farmacológicas de alívio da dor
Pantrini, S.	Assessment and management of pain in children following traumatic limb injury	Direcionado apenas para o tratamento analgésico da dor
Settelmeyer, D	Evaluation of na Evidence-based throat-pain protocol to reduce left-without-being-see lenght of stay, and antibiotic prescribing	Direcionado para estratégias farmacológicas e não direcionado para a dor em particular

Pope N, Tallon M, Leslie G, Wilson S	Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method	Apenas engloba crianças dos 4 a 8 anos de idade
Phonpruk K, Flowers K, Naughton G, Fulbrook P.	Analysis of written resources for parents of children discharged from a paediatric emergency department	Foca os cuidados domiciliários por isso não se enquadra no contexto do trabalho
Edmonds J., Twycross A	Mothers experiences of managing their child's pain before and during attendance at the emergency department	Aborda a experiência das mães e não as crianças
Sanchez Cristal N, Staab J, Chatham R, Ryan S, Mcnair B, Grubenhoff JA	Child life reduces distress and pain and improves family satisfaction in the pediatric emergency department	Não direcionado para a dor.
Young VB	Effective Management of Pain and Anxiety for the Pediatric Patient in the Emergency Department	Não está disponível em full text
Rothstein R, Zhen K, Olympia RP.	School nurses on the front line of medicine: when you don't need to "stop at an ER STAT!" — The Role of Emergency Centers in Managing Students with Nonemergent Chief Complaints	Não está direcionado para intervenções de enfermagem, mas sim discute o campo da medicina de urgência, descreve os serviços pediátricos prestados em centros de urgência e resume as capacidades dos centros para lidar com potenciais urgências versus emergências
Yılmaz D, Heper Y, Gözler L.	Effect of the use of buzzy during phlebotomy on pain and individual satisfaction in blood donors	Estudo realizado em adultos

Redfern RE, Chen JT, Sibrel S.	Effects of thermomechanical stimulation during vaccination on Anxiety, Pain, and Satisfaction in Pediatric Patients; A Randomized Controlled Trial	Este ensaio clínico foi realizado no Centro de Saúde, logo, foi excluído pelo contexto
Gregory A W, Pippa H, Graham R L, Arwel W J, Ffion C, Aloysius N S	The predictors, barriers and facilitators to effective management of acute pain in children by emergency medical services; A systematic mixed studies review	Estudo excluído pelo contexto ser o pré-hospitalar
Parker SIA, Benzies KM, Hayden KA	A systematic review: effectiveness of pediatric peripheral intravenous catheterization strategies	Não tem como palavra-chave a dor Não aborda o tema da dor, mas sim, identifica as intervenções associadas ao sucesso do cateterismo intravenoso
Griffin, M., McDevitt, J.	An evaluation of the quality and patient satisfaction with an advanced nurse practitioner service in the emergency department	O principal objetivo desta pesquisa foi explorar a satisfação dos pacientes e avaliar a qualidade da assistência prestada, não sendo direcionado para a dor



**Anexo IX – Tabela de artigos excluídos após aplicação do teste de relevância II**



Autores	Título	Motivo de exclusão
Treadgold R, Boon D, Squires P, Courtman S, Endacott R	Implementation of paediatric pain care-bundle across south-west england clinical network emergency departments and minor injury units: A before and after study	Direcionado para a prescrição de dosagem de analgésicos
Gamze Yılmaz, Dilek Küçük Alemdar	A retrospective evaluation of patients presenting to a pediatric emergency department with the complain of pain.	Direcionado apenas para avaliar retrospectivamente os perfis de idade e gênero dos pacientes dos 0 a 18 anos, que recorrem à urgência pediátrica por dor.
Thrane S. E, Shannon W., Cohen S. M, Danford C. A.	The assessment and non-pharmacologic treatment of procedural pain from infancy to school age through a developmental lens: A synthesis of evidence with recommendations	Não direcionado para o contexto das emergências pediátricas.
Lima D. Astolfo, Rossato L. M., Guedes B. Danila M. Damião E. B. C., Silva L., Szyllit R.	Children's satisfaction and dissatisfaction with pain management in a Pediatric Emergency Department	Aborda apenas a satisfação ou insatisfação com o tratamento da dor e não aborda os métodos utilizados
Aziza A.	Evaluating nursing pain assessment documentation with the pediatric client	Não direcionado para as estratégias não farmacológicas
Ramira M. L. Instone S., Clark, M. J.	Quality improvement. Pediatric pain management: an evidence based	Não direcionado para as intervenções não farmacológicas
Williams S., Keogh S., Douglas C.	Improving paediatric pain management in the emergency department: An integrative literature review.	Não direcionado para as estratégias no farmacológicas.

