



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

O controlo da dor na criança: otimizar estratégias

Neuza Marta Sanches Ameixa Alves

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2021





Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

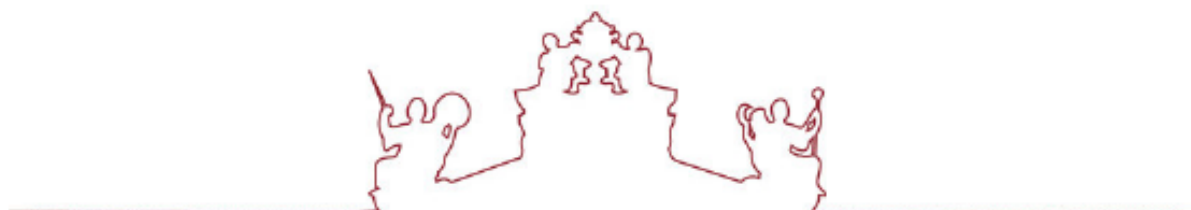
O controlo da dor na criança: otimizar estratégias

Neuza Marta Sanches Ameixa Alves

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2021





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Ramos (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Antónia Chora (Universidade de Évora) (Orientador)

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o amor, apoio incondicional, compreensão e motivação, por serem uns avós exemplares e terem cuidado dos meus filhos, quando não pude estar presente.

Ao Ricardo, companheiro e marido, por nunca ter perdido a esperança e me incentivar diariamente, por ser um pilar fundamental na vida dos nossos filhos.

À Professora Doutora Antónia Chora, que me acompanhou ao longo de todo o percurso, pela disponibilidade, motivação, partilha de conhecimentos e espírito crítico na orientação.

Aos enfermeiros orientadores dos estágios, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha do cuidar em pediatria.

Às colegas de mestrado, por terem realizado este percurso comigo, foram muitos quilómetros juntas, sem vocês o caminho teria sido muito mais difícil.

À equipa da Unidade de Urgência Pediátrica, que foi fundamental no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todas as crianças e famílias, com quem tive a oportunidade de contactar profissionalmente.

A quem direta ou indiretamente me apoiou neste percurso.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório de estágio descreve o percurso efetuado desde o estágio I até ao estágio final, numa perspetiva reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de competências de mestre. E documenta as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que foram identificadas recorrendo à metodologia de projeto, tendo em consideração as necessidades de cada contexto e a temática do projeto.

Este projeto tem como temática “O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”, enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, e tem como suporte o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

A dor consiste num dos maiores medos das crianças que recorrem aos serviços de saúde, sendo os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos a causa mais frequente de dor. Reconhecendo que a exposição da criança à dor afeta negativamente o seu desenvolvimento, torna-se fundamental uma gestão adequada de estratégias não farmacológicas, de forma isolada ou em complementaridade com as farmacológicas, na prevenção e alívio da dor.

Palavras-chave: criança, controlo da dor, enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

Child pain control: optimizing strategies

This traineeship report describes the path taken from stage I to the final stage, in a reflective perspective on the development of common competences of the specialist nurse, specific competences of the specialist nurse in child and pediatric health nursing and master's competences. And it documents the activities developed in the different internship contexts, which were identified using the project methodology, considering the needs of each context and the project's theme.

This project has the theme "Child pain control: optimizing strategies", falls under the research line "Safety and Quality of Life", and is supported by Betty Neuman's Systems Model.

Pain is one of the greatest fears of children who turn to health services, with diagnostic or therapeutic procedures being the most frequent cause of pain. Recognizing that children's exposure to pain negatively affects their development, it is essential to properly manage non-pharmacological strategies, in isolation or in complementarity with pharmacological strategies, in the prevention and relief of pain.

Keywords: child, pain control, child and pediatric health nursing.

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS	LXI
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da UE para a realização do projeto “O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”	LXII
Anexo II – Diagrama do Modelo de Sistemas de Saúde de Betty Neuman	LXIV
Anexo III – Instrumentos de avaliação da intensidade da dor	LXVI
Anexo IV – Certificado de Participação no “XIV Encontro da UCF de Setúbal”	LXIX
Anexo V – Certificado de participação como coautora do poster “O EMLA® na prevenção da dor nas crianças submetidas a punção cutânea”	LXXI
APÊNDICES	LXXIII
APÊNDICE I – “Kit de Controlo da Dor na Criança”	LXXIV
APÊNDICE II – Plano da sessão de formação da UCSP: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”	LXXVI
APÊNDICE III – Plano da sessão de formação da CE: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”	LXXIX
APÊNDICE IV – Resultados da avaliação da sessão de formação da CE	LXXXII
APÊNDICE V – Folha de registo da avaliação da dor na criança-.....	LXXXVI
APÊNDICE VI – Questionário de aplicação à equipa de enfermagem do SIP	LXXXIX
APÊNDICE VII – Resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem do SIP	XCV
APÊNDICE VIII – Plano da sessão de formação do SIP: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”	CIII
APÊNDICE IX – Resultados da avaliação da sessão de formação do SIP	CVI

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BIS – Boletim Individual de Saúde

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CCF – Cuidados Centrados na Família

CE – Consulta Externa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção-Geral de Saúde

EACH – *European Association for Children in Hospital*

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

IASP – *International Association for the Study of Pain*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL – Otorrinolaringologista

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – Universidade de Évora

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. O CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. A dor na criança e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	17
1.2. Cuidados Centrados na Família e Cuidados Não Traumáticos.....	19
1.3. Estratégias de controlo da dor na criança.....	21
1.4. Atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor na criança	23
2. PERCURSO FORMATIVO	27
2.1. Metodologia de projeto	27
2.2. Contextos clínicos: objetivos e atividades desenvolvidas.....	29
2.2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	30
2.2.2. Consulta Externa – Área de Pediatria.....	35
2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria	39
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	45
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	45
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ...	49
3.3. Competências de Mestre	52
4. CONCLUSÃO	54
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório do Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e tem como objetivo descrever e analisar o percurso efetuado desde o estágio I até ao estágio final, numa perspetiva reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2018), e de competências de mestre (Decreto-Lei n.º 63, 2016), representando o culminar do ciclo de estudos.

Neste ciclo de estudos, de acordo com o regulamento de funcionamento do Mestrado em Associação, a obtenção do grau de mestre deve assegurar a aquisição de uma especialização de natureza profissional e um conhecimento científico teórico e prático aprofundado, tendo sido definidos os seguintes objetivos (Universidade de Évora [UE], 2016a:5):

- a. “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- b. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos;
- c. Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados;
- d. Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”

No decurso dos estágios desenvolvemos um projeto de intervenção, norteados pela metodologia projeto, abrangendo a temática da dor na criança, com o título: “O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”. Este projeto enquadrou-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e teve como suporte o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Para realizarmos este projeto foi necessário o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo I).

Entende-se por criança “todo o ser humano menor de 18 anos” (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 1990:6), que em “casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a

deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2018:19192).

O enfermeiro, segundo o estatuto da ordem dos enfermeiros, assume o dever de “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” em todo o seu ciclo de vida, “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” e “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (OE, 2015:79).

A dor é descrita, pela *International Association for the Study of Pain*, como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve uma componente sensorial e emocional (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], s.d.).

A dor assume-se como um importante sintoma na identificação de uma lesão ou disfunção orgânica, no entanto, cumprida essa função não apresenta nenhum outro benefício fisiológico para a pessoa, pelo contrário, induz sofrimento, reduz a qualidade de vida e provoca alterações fisiopatológicas, que contribuem para o aparecimento de morbilidades físicas e psicológicas (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017).

A dor na criança, apesar da evidência de que as vias nervosas, necessárias à sua perceção, encontram-se totalmente desenvolvidas desde as 28 semanas de gestação, continua a ser subvalorizada (DGS, 2010). Esta subvalorização da dor, tem como consequência uma gestão inadequada das estratégias de prevenção e alívio da dor, o que perlonga a resposta de stress, afetando negativamente a recuperação e modificando a resposta futura à dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos são a causa mais comum de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, pelo que se deve prevenir e tratar a dor decorrente desses procedimentos, reconhecendo que as intervenções não farmacológicas são um importante recurso no alívio da dor, de forma isolada ou em complementaridade com as farmacológicas (OE, 2013).

Confortando a evidência encontrada na literatura com a prática profissional, desenvolvida num serviço de urgência pediátrica, em que nos deparamos diariamente com crianças com dor, e indo ao encontro da competência específica, do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica “E2.2. faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018), surge a necessidade de otimizar a utilização de estratégias no controlo da dor.

Para isso, recorreremos à metodologia projeto, que tem como principal objetivo analisar e resolver problemas, baseando-se no conhecimento teórico que irá ser aplicado na prática (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Esta metodologia permite determinar as ações a serem desenvolvidas, assim como, quando e como devem ser desenvolvidas, sendo também um processo dinâmico, que se adapta e reorganiza sempre que necessário (Ferrito et al., 2010).

Assim, foi definido como objetivo geral do projeto, transversal a todos os contextos de estágio, otimizar as estratégias de controlo da dor na criança. E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), nomeadamente no âmbito do controlo da dor na criança;
- Desenvolver intervenções promotoras de estratégias de controlo da dor na criança, nas diferentes equipas de enfermagem.

Este relatório encontra-se estruturado em três partes: introdução, desenvolvimento e conclusão. Na introdução é apresentada a problemática e definidos os objetivos. No desenvolvimento são incluídas três partes: na primeira é realizado o enquadramento concetual da temática escolhida; na segunda é realizada uma abordagem à metodologia de projeto, assim como a análise dos diferentes contextos de estágio desde os objetivos às atividades desenvolvidas; e na terceira é apresentada uma análise reflexiva acerca das competências desenvolvidas. Na conclusão é realizada a síntese do percurso realizado, assim como projetos para desenvolvimento futuro.

O relatório cumpre a norma de referenciação da 6ª edição da *American Psychological Association* (APA), e encontra-se escrito em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. O CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em saúde infantil e pediátrica, foi desenvolvido um projeto transversal aos contextos de estágio, que se inseriu na linha de investigação segurança e qualidade de vida, com o tema controlo da dor na criança: otimizar estratégias.

Nesta parte do trabalho apresentamos o enquadramento conceptual que suporta a temática escolhida. O enquadramento conceptual consiste no resumo de várias temáticas, em que se estabelece uma relação entre elas, expondo a problemática comum e determinando o nível de conhecimento atual sobre essa mesma problemática (Fortin, 2009).

A dor pode estar presente nas diferentes etapas do ciclo de vida, sendo uma das causas mais comuns de sofrimento. A *International Association for the Study of Pain* (IASP), defini-a como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (APED, s.d.).

A definição de dor da IASP abrange o conceito de dor como experiência individual e subjetiva, mas também o conceito de dor composto por dois elementos indissociáveis: o sensorial, que é determinada neurofisiologicamente, e o emocional, que é baseado no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento, e outros fatores pessoais, culturais e espirituais (Batalha, 2010). O facto de a dor ser uma experiência individual influenciada por múltiplos fatores, repercute-se na sua avaliação e controlo, pelo que é necessária uma intervenção multidisciplinar e individualizada (Batalha, 2010).

A dor aguda assume-se como um importante sintoma na identificação de uma lesão ou disfunção orgânica, que consequentemente leva à procura de cuidados de saúde. No entanto, cumprida essa função de alerta, não apresenta nenhum outro benefício fisiológico para a pessoa, pelo contrário, induz sofrimento, reduz a qualidade de vida e provoca alterações fisiopatológicas, que contribuem para o aparecimento de morbilidades físicas e psicológicas (DGS, 2017).

Em 2003, a dor foi instituída como o 5º sinal vital pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2003). O registo sistemático da intensidade da dor é considerado uma boa prática de enfermagem, devendo ser realizada uma avaliação da dor contínua e regular, para possibilitar a gestão das estratégias de alívio da dor, transmitir segurança à equipa na prestação de cuidados, e promover a qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003).

Atualmente, a evidência diz-nos que, as vias nervosas responsáveis pela experiência da dor encontram-se totalmente desenvolvidas desde as 28 semanas de gestação, assim a criança pode perceber dor desde o nascimento (DGS, 2010). A experiência de dor na criança é condicionada pela sua idade e nível de desenvolvimento, pela causa e natureza da dor, e pela capacidade de a criança expressar a sua dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

É amplamente reconhecido que a dor tem efeitos nocivos no desenvolvimento da criança, pois a resposta ao stress, associado à dor, provoca alterações fisiológicas e comportamentais, que resultam na diminuição da qualidade de vida, morbilidade e mortalidade (Batalha, 2010).

No entanto, as repercussões da dor na criança são pouco valorizadas e a criança continua a sofrer desnecessariamente. A subvalorização da dor na criança pode decorrer, parcialmente, da inexistência de um marcador biológico específico da dor, do incompleto conhecimento da fisiopatologia da dor e da subjetividade da dor na criança, o que, consequentemente, resulta numa gestão inadequada das estratégias de controlo da dor (Batalha, 2010).

O controlo da dor consiste em prevenir e tratar a dor, mas para que este controlo seja eficaz, é necessário que seja realizada uma avaliação e reavaliação sistemática da dor e respetivo registo, uniformizando a linguagem dentro da equipa prestadora de cuidados de saúde (DGS, 2010).

Em 2003, na mesma circular normativa que institui a dor como 5º sinal vital, são apresentadas escalas de avaliação da dor para aplicar a crianças conscientes e colaborantes com idade superior a 3 anos, estas escalas são escalas de autoavaliação, assim se percebe a dificuldade em avaliar a dor em crianças que não conseguem verbalizar e caracterizar a sua dor (DGS, 2003).

Posteriormente, em 2010, a DGS publicou orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos, onde contemplava escalas de avaliação da dor para crianças com menos de 3 anos ou que não conseguem verbalizar a sua dor, escalas de heteroavaliação (DGS, 2010). Estas escalas contemplam parâmetros fisiológicos e comportamentais para avaliação da dor, o que requer um amplo conhecimento e reconhecimento das suas manifestações, porque para além do autorrelato da dor, não existe outro marcador específico da dor (Batalha, 2010).

Atualmente, admite-se que a resposta comportamental à dor aguda seja bifásica, a primeira fase é caracterizada por comportamento associados ao stress (agitação, choro, gritos) e sinais fisiológicos (elevação da tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio, palidez), e a segunda fase é caracterizada pela instauração progressiva de uma inércia psicomotora, podendo ocorrer após algumas horas do início da dor (Batalha, 2010).

A quantificação da intensidade da dor na criança consiste num desafio para os profissionais de saúde, pois avaliações exatas são difíceis de alcançar, no entanto são considerados três domínios de avaliação: o autorrelato, indicadores comportamentais e indicadores fisiológicos; sendo o autorrelato considerado o mais válido, contudo requer um nível de desenvolvimento da criança que possibilite descrever a sua dor (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010). Os indicadores comportamentais da dor compreendem a avaliação do choro, da expressão facial, da postura corporal e dos movimentos, e são frequentemente utilizados em recém-nascidos, lactentes e crianças que não consigam fazer o autorrelato (Srouji et al., 2010). Os indicadores fisiológicos incluem avaliação da frequência cardíaca, da tensão arterial, da respiração, da saturação de oxigénio e da sudorese palmar, e são geralmente usados juntamente com os indicadores comportamentais e o autorrelato (Srouji et al., 2010).

Para quantificar a dor devem ser utilizados instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis (DGS, 2010). Existem instrumentos adequados às várias idades pediátricas e situações clínicas, no entanto não existe uma solução universalmente aceite, quando se opta por um instrumento de avaliação da dor deve-se ter em consideração o tipo de dor, a situação clínica, a idade e nível de desenvolvimento da criança (DGS, 2010).

No recém-nascido os indicadores de dor mais evidenciados são a expressão facial e corporal, modificações no comportamento e sinais físicos (Batalha, 2010). Na expressão facial pode-se observar sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, abertura da boca, tremor do queixo, choro, grito e lágrimas. Na expressão corporal pode-se observar agitação ou prostração (Batalha, 2010). As modificações no comportamento podem estar relacionadas com sono agitado facilmente despertável, irritabilidade de difícil consolo, agitação ao contacto, diminuição da interação (Batalha, 2010). Os sinais físicos incluem cianose, palidez, hipoxia, polipneia, taquicardia ou bradicardia e hipertensão arterial (Batalha, 2010).

O lactente, tal como o recém-nascido, é incapaz de comunicar verbalmente a sua dor, pelo que os indicadores comportamentais e fisiológicos são os únicos que se pode avaliar (Batalha, 2010). Assim, há que reconhecer manifestações não verbais de dor no lactente, sendo que as mais frequentes, são: o choro, os olhos fechados com as sobrancelhas elevadas, sulco nasolabial marcado, arqueamento do tronco, agitação, localização e proteção da zona dolorosa, alteração dos períodos de sono e vigília e da alimentação, e sinais físicos, manifestados por taquicardia, taquipneia e hipertensão arterial (Batalha, 2010).

Nas crianças em idade *toddler*, de um aos três anos, os comportamentos associados à dor mais frequentes são: choro, grito, expressão facial de raiva, agressividade, proteção da região dolorosa, agitação, adoção de posição antiálgica e imobilidade (Batalha, 2010). Aos 24 meses começam a conseguir identificar a dor, embora não consigam descrever a sua intensidade (Batalha, 2010).

As crianças em idade pré-escolar não conseguem compreender a incapacidade dos pais de acabarem com a sua dor, e a sua separação destes intensifica a experiência de dor (Batalha, 2010). As manifestações de dor nesta faixa etária são: expressão verbal das características da dor, agitação, agressão física e alteração dos sinais vitais (Batalha, 2010).

As crianças em idade escolar e na adolescência já conseguem verbalizar a sua dor de forma clara, descrevendo as suas características e intensidade (Batalha, 2010).

Em 2012, a DGS emitiu dois documentos com orientações técnicas sobre o controlo da dor, uma para o recém-nascido dos 0 aos 28 dias, e outra para a criança de 1 mês aos 18 anos, que contemplam estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor (DGS, 2012a; DGS, 2012b). Posteriormente, em 2013, a OE publicou um guia orientador de boa prática sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013). Como enfermeiros, assumimos especial interesse pelas estratégias não farmacológicas, enquanto cuidado autónomo de enfermagem.

Em Portugal, a dor pediátrica tem sido pouco estudada, mas um estudo publicado em 2014, em que foram analisados 830 processos clínicos de crianças com idade inferior a 18 anos, revelou que a história de dor estava registada em 397 (47,8%) dos processos clínicos, tendo sido recolhida nas primeiras 24h em 373 desses processos. O enfermeiro identificou a técnica não farmacológica preferida da criança em 124 processos clínicos, a prevalência de avaliação da intensidade da dor está registada em 297 processos e a escolha da escala de dor em função da idade da criança foi considerada correta em 359 das situações (Batalha et al., 2014). Estes dados refletem a importância de se continuar a investir na formação dos profissionais de saúde sobre a dor em pediatria, assim como nos instrumentos de avaliação e nas estratégias de controlo da dor.

Atualmente, a gestão adequada da dor, nos serviços de saúde, é considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade (DGS, 2010).

1.1. A dor na criança e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Os modelos de enfermagem reúnem uma base de conhecimentos que guia a prática, são constituídos por uma estrutura de ideias e conceitos que sustentam os cuidados de enfermagem, disponibilizando orientação e assistência em todas as fases do cuidar, de acordo com a sua complexidade (Nóbrega & Barros, 2001).

Assim, partindo do pressuposto anterior, optámos pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Anexo II), para sustentar o nosso percurso formativo sobre o controlo da dor na criança, por ser considerado um modelo facilmente adaptável e amplamente abrangente (Alligood & Tomey, 2004).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi publicado pela primeira vez em 1972 (Alligood & Tomey, 2004). Para uma melhor compreensão do modelo torna-se pertinente a definição dos seus principais pressupostos: enfermagem, pessoa, saúde, ambiente.

Enfermagem, refere-se à totalidade da pessoa, sendo vista como uma profissão singular, na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa ao stress (Alligood & Tomey, 2004).

Pessoa consiste num conceito que pode ser referente a um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social, sendo constituído por um sistema dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, que estão em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente (Alligood & Tomey, 2004).

Saúde é um estado de natureza dinâmica entre o bem-estar e o mal-estar, Neuman considera o seu trabalho como um modelo de bem-estar, quando as necessidades do sistema estão totalmente satisfeitas é atingido o bem-estar, este vai reduzindo à medida que aumenta a não satisfação das necessidades (Alligood & Tomey, 2004).

Ambiente é definido como todos os fatores externos e internos que rodeiam ou interagem com a pessoa, havendo uma relação recíproca entre eles, em que pessoa se adapta ao ambiente ou adapta-o a si, o ambiente é influenciado pelas alterações do estado de bem-estar da pessoa (Alligood & Tomey, 2004).

No modelo de sistemas é adotado o conceito de stress como a resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é realizado, o que leva à necessidade de reajustamento, e à

adaptação ao problema, seja qual for a sua natureza (Alligood & Tomey, 2004). O stress resulta dos *stressores*, que são estímulos produtores de tensão, podendo ser negativos ou positivos (Alligood & Tomey, 2004).

Os *stressores* podem ser: Intrapessoais, forças que ocorrem na pessoa, como as respostas condicionadas; Interpessoais: forças que ocorrem entre uma ou mais pessoas; Extrapessoais: forças que ocorrem fora da pessoa, como resultado direto do ambiente mais amplo ou cultura em que a pessoa está inserida (Jukes & Aldridge, 2007). Qualquer *stressor* ou reação a um *stressor* influenciará uma ou mais das cinco variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e/ou de desenvolvimento (Jukes & Aldridge, 2007).

Neuman no seu modelo contempla as intervenções como ações intencionais para ajudar a pessoa a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, podem ocorrer antes ou depois das linhas de defesa ou resistência serem ultrapassadas, e identifica três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Alligood & Tomey, 2004).

A prevenção primária acontece quando se suspeita ou se identifica um *stressor*, a reação ainda não aconteceu, mas o risco é elevado, tenta-se então fortalecer a linha de resistência da pessoa para diminuir a possibilidade de reação (Alligood & Tomey, 2004).

A prevenção secundária envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrências de sintomas de stress, os recursos internos ou externos da pessoa são usados no sentido de estabilizar o sistema, com a finalidade de fortalecer as linhas internas de resistência e reduzir a reação ao *stressor* (Alligood & Tomey, 2004).

A prevenção terciária ocorre depois da prevenção secundária, centra-se no restabelecimento da estabilidade do sistema da pessoa, sendo o seu principal objetivo fortalecer a resistência aos *stressores* para ajudar a prevenir o reaparecimento da reação, este processo reconduz-se de forma circular, voltando a prevenção primária (Alligood & Tomey, 2004).

A dor na criança é um *stressor* intrapessoal, que pode ser influenciado por vários fatores, entre eles, fatores fisiológicos (capacidade física), fatores psicológicos (experiências passadas), e fatores de desenvolvimento (idade) (Martins & Silvino 2010). Assim, considerando os procedimentos dolorosos a que a criança é submetida, quando recorre aos serviços de saúde, o *stressor* dor merece destaque, pois apresenta custos imensuráveis para a criança e seu desenvolvimento e para o processo de hospitalização (Martins & Silvino 2010).

Enquanto enfermeiros, devemos atuar nos vários níveis de prevenção, principalmente a nível primário, para minimizar o *stressor* dor, investindo nas estratégias de controlo da dor na criança.

1.2. Cuidados Centrados na Família e Cuidados Não Traumáticos

Atualmente, a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e dos Cuidados Não Traumáticos (CNT), representam pilares basilares do cuidar em pediatria, assim torna-se fundamental abordá-los a par com o Modelo de Sistemas.

O enfermeiro especialista em ESIP utiliza um modelo concetual centrado no binómio criança/família, assumindo-os como beneficiários dos seus cuidados (OE, 2018). Assim, entende-se por criança “todo o ser humano menor de 18 anos” (UNICEF, 1990:6), que em “casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2018:19192). A filosofia dos CCF “reconhece a família como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014:11), constituindo um “meio natural para o crescimento e bem-estar” (UNICEF, 1990:3).

O *Institute for Patient – and Family – Centered Care* definiu quatro pressupostos básicos no CCF: Dignidade e Respeito, os profissionais de saúde escutam e respeitam as escolhas da criança/família; Partilha de Informação, a criança/família recebe informações precisas sobre o seu contexto de saúde/doença; Participação, a criança/família é encorajada a participar conscientemente nos cuidados e na tomada de decisões; Colaboração, a criança/família colabora na prestação de cuidados, assim como no desenvolvimento e implementação de programas e políticas institucionais (Johnson B. et al., 2008).

Para além dos quatro pressupostos anteriores, é relevante mencionarmos mais dois conceitos relacionados com os CCF, a capacitação e o empoderamento. A capacitação da família consiste na criação de meios e oportunidades, pelos profissionais, para que todos os membros da família demonstrem as suas habilidades e competências atuais e possam adquirir novas, com a finalidade de responder às necessidades da criança/família e de realizar uma decisão consciente acerca da utilização dos recursos de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). O empoderamento, por sua vez, “descreve a interação dos profissionais com as famílias de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que

resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações” (Hockenberry & Wilson, 2014:11).

Nos CCF o papel da família é reconhecido como elementar na promoção da saúde e do bem-estar da criança, sendo fundamental a colaboração entre a criança/família e os profissionais de saúde, para a qualidade e a segurança dos cuidados (Johnson B. et al., 2008). Relativamente ao nosso projeto, o envolvimento da família no controlo da dor na criança é fundamental, a sua capacitação e empoderamento, diminui o medo e a ansiedade, e consequentemente a dor experienciada pela criança (DGS, 2012b).

Por sua vez, os CNT são cuidados terapêuticos prestados por profissionais, recorrendo a intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico, experimentado pela criança e família (Hockenberry & Wilson, 2014). O desconforto psicológico inclui ansiedade, medo, raiva, desânimo, tristeza, vergonha ou culpa, e o desconforto físico abrange desde sonolência e imobilização até distúrbios desencadeados por estímulos sensoriais como a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry & Wilson, 2014).

O objetivo na prestação de CNT é não causar dano, para o conseguir há que respeitar os seguintes princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; promover uma sensação de controlo; e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Exemplos da prestação de CNT incluem a promoção da relação criança/família durante a hospitalização, a preparação da criança antes de qualquer tratamento ou procedimento novo, o controlo da dor, a garantia da privacidade da criança, a disponibilização de atividades recreativas para a expressão do medo, a oportunidade da criança escolher e o respeito pelas diferenças culturais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apesar de se valorizar a prestação de cuidados não traumáticos, muitos dos cuidados prestados à criança são traumáticos, ameaçadores, dolorosos e desagradáveis, pelo que, o enfermeiro deve dirigir a sua prática para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja não traumáticas, como preparar a criança para procedimentos desconhecidos, atenuar a dor, promover brincadeiras e jogos (Tavares, 2011).

1.3. Estratégias de controlo da dor na criança

A Carta da Criança Hospitalizada diz-nos que, “as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (European Association for Children in Hospital [EACH], 2009: 9).

O controlo da dor é um direito humano fundamental e universal, bastariam razões humanitárias e éticas para justificar o seu controlo. A dor não é inócua para o desenvolvimento da criança, e no plano clínico ainda não foi demonstrada nenhuma evidência que comprove que deixar evoluir a dor seja benéfico, até pelo contrário, resulta em alterações fisiológicas e comportamentais que provocam um aumento da morbilidade e mortalidade (Batalha, 2010).

Em vários estudos, são reconhecidas as consequências nefastas, imediatas e a longo prazo, da dor não tratada no período neonatal (DGS, 2012a). Tendo em conta, a frequência de procedimentos dolorosos e o reduzido número de fármacos analgésicos disponíveis em neonatologia, as intervenções não farmacológicas tornam-se a primeira linha de prevenção e tratamento da dor (DGS, 2012a).

Existem fatores que influenciam a perceção da dor na criança, que não podem ser modificados, como a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural, no entanto, as estratégias não farmacológicas e farmacológicas, têm sido amplamente estudadas e permitem hoje um controlo eficaz na dor no lactente, criança e adolescente (DGS, 2012b).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das pessoas que sofrem com dor, e um passo fundamental para a humanização dos cuidados nas unidades de saúde (DGS, 2003). Atualmente, existem diversas estratégias que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor (DGS, 2003).

As estratégias não farmacológicas não substituem as estratégias farmacológicas no controlo da dor, no entanto, os estudos realizados sobre a sua aplicabilidade clínica têm demonstrado a sua eficácia na dor leve a moderada, podendo ser usadas de forma isolada ou em complementaridade com as estratégias farmacológicas (Batalha, 2010).

Como vantagens da utilização de estratégias não farmacológicas, em relação às estratégias farmacológicas, temos o facto de, na sua grande maioria, não apresentarem efeitos secundários, e o facto de a criança poder ter uma participação autónoma no controlo da sua dor (Batalha, 2010).

Por sua vez, a importância do recurso a intervenções não farmacológicas, consiste em que muitas dessas intervenções modificam o significado da dor (OE, 2013). “Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013:17).

As estratégias não farmacológicas podem ser categorizadas em: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional ou ambientais (Batalha, 2010; OE, 2013). As comportamentais envolvem o ensino de comportamentos que promovem o alívio da dor, como o relaxamento ou reforço positivo; as cognitivas utilizam métodos mentais para lidar com a dor, como a informação prévia; as cognitivo-comportamentais utilizam estratégias de associação cognitivo-comportamentais, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar, como a distração ou a imaginação guiada; as físicas permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, como a massagem ou posicionamento; as de suporte emocional implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto, como promover a presença de pessoa significativa ou conforto através da amamentação ou sucção não nutritiva; e as ambientais que implica melhorar as condições ambientais, como a temperatura, luz ou ruído (Batalha, 2010; OE, 2013).

Entre as várias estratégias não farmacológicas que podem ser desenvolvidas para o controlo da dor na criança, a escolha pela mais adequada é determinante para a sua eficácia, essa escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, do seu desenvolvimento cognitivo, e das características da dor (Batalha, 2010).

Os profissionais de saúde devem seguir alguns princípios que respeitam os direitos da criança/família e que coadjuvam no controlo da dor, como: identificar experiências anteriores de dor e métodos usados no seu alívio; promover a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança; informar de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança; ensinar a criança/família a enfrentarem os procedimentos dolorosos; ser honesto; dar reforço positivo; não usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça; garantir o conforto da criança; não realizar procedimentos dolorosos na cama; permitir a expressão de sentimentos ou emoções; ajudar a criança a participar no controlo da sua dor; planejar e agrupar os procedimentos dolorosos, de forma a que a criança seja exposta à dor o menor número de vezes; e avaliar continuamente a dor como sinal vital (Batalha, 2010).

A criança e os pais/pessoa significativa devem ser participantes ativos nos procedimentos, pois ao possibilitar que os pais/pessoa significativa intervenham como agentes positivos, reduz-se o stress nas crianças, minimizando a experiência de dor (Srouji et al., 2010).

1.4. Atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor na criança

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica atua de acordo com um modelo concetual centrado no binómio criança/família, encarando estes como beneficiários dos seus cuidados, e deve primar pela “qualidade na prestação de cuidados a nível avançado com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (OE, 2018:19192). Tem como propósito o trabalho em parceria com a criança/família, em qualquer contexto que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, comunidade, escola, cuidados continuados e casa, de modo a promover o mais elevado estado de saúde (OE, 2011).

O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família, deve trabalhar em parceria com a família para o cuidado holístico da criança, com o propósito de minimizar os efeitos negativos e potenciar os efeitos positivos da recorrência da criança aos serviços de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Sendo, a gestão do bem-estar da criança uma área de atuação do Enfermeiro Especialista (EE), e tendo presentes as competências do EEESIP, o nosso projeto insere-se na competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, que engloba a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar da criança, na esfera física, psicossocial e espiritual, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, e aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2018:19193). O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2011) diz-nos que, o enfermeiro especialista em ESIP, deve prescrever intervenções de enfermagem na gestão da dor e possuir rigor técnico/científico na implementação das mesmas, de forma a maximizar o bem-estar da criança.

Considerando que, os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos são a causa mais frequente de dor na criança, que recorre aos serviços de saúde, o enfermeiro deve assumir uma posição privilegiada na prevenção e tratamento da dor decorrente desses procedimentos, realizando uma gestão adequada das medidas farmacológica, e reconhecendo que as intervenções

não farmacológicas são um importante recurso no alívio da dor, de forma isolada ou em complementaridade com as farmacológicas (OE, 2013).

Para atuar no controlo da dor, o enfermeiro enquanto profissional de saúde que trata crianças, deve realizar a sua avaliação, para isso, considera-se como norma de boa prática, acreditar na criança que refere dor, reconhecer o comportamento habitual da criança de acordo com a fase de desenvolvimento, deixar a criança expressar a sua dor, utilizar um instrumento de avaliação da dor e mantê-lo em todas as avaliações da mesma criança, privilegiar a autoavaliação sempre que possível, realizar a história da dor e no caso de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da avaliação (DGS, 2010).

A história da dor realiza-se por entrevista paralelamente à criança e pais/pessoa significativa, de preferência no primeiro contacto com os serviços de saúde, não existem normas rígidas para a sua realização, nem consenso sobre a partir de que idade a criança deve ser entrevistada, embora se assuma a idade de 4 anos como marco para inclusão da criança na entrevista, sempre que possível. Não existem normas rígidas para a elaboração da história da dor, no entanto deve incluir questões sobre: “vivências traumatizantes; principais medos; fatores que interferem com a dor; estratégias de *coping*; manifestações habituais de dor; tratamentos habituais; reações aos tratamentos”, entre outras que se considerem pertinentes (Batalha, 2010:45).

A doença e a hospitalização são, muitas das vezes, as primeiras crises que as crianças enfrentam, sendo vivenciadas com elevado stress e ansiedade, em que experienciam medos desencadeados por um ambiente desconhecido e pelo contacto com equipamentos e procedimentos que lhe causam desconforto e dor, como enfermeiros devemos implementar intervenções na gestão da dor e do desconforto para minimizar o impacto negativo da doença e hospitalização (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Os principais *stressores* associados aos serviços de saúde incluem a separação, a perda de controlo, lesão corporal e dor (Diogo et al., 2015). O conceito de *stressores*, em que se inclui a dor, vai ao encontro do Modelo de Sistemas de Neuman, no sentido em que, a dor perturba o nível de estabilidade da criança, e a sua perceção é afetada pela interligação das variáveis, fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, o que corresponde à vertente multidimensional da dor.

Ainda considerando o Modelo de Sistemas, o enfermeiro, para realizar uma adequada gestão da dor, pode intervir nos três níveis de prevenção. Na prevenção primária, quando sabe que a criança vai ser submetida a um procedimento ou tratamento potencialmente doloroso, pode intervir para prevenir uma possível reação ao *stressor*; na prevenção secundária, quando a criança já apresenta sinais e sintomas da reação ao *stressor*, pode intervir gerindo estratégias de alívio da dor para reduzir os seus efeitos nocivos; e na prevenção terciária, quando a criança começa a restabelecer-se, pode intervir potenciado esse processo e avaliando as suas intervenções anteriores, para prevenir o reaparecimento da reação ao mesmo *stressor*, retornando à prevenção primária (Alligood & Tomey, 2004).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, devem promover a presença dos pais/pessoa significativa nos cuidados à criança com dor, e devem orientar e apoiar para que essa presença e participação seja de qualidade, pois a separação da criança dos pais/pessoa significativa é causadora de stress e pode aumentar a sua sensibilidade à dor, no entanto se os pais/pessoa significativa transmitirem ansiedade ou preocupação vão potenciar a ansiedade na criança, daí a importância de os pais/pessoa significativa assumirem uma presença de qualidade (Batalha, 2010). Uma presença e participação de qualidade, constitui um contributo na gestão da dor, transmitindo estabilidade, confiança, segurança e amor à criança, através de pequenos gestos como “tocar, falar, deixar chorar (não reprimir), ser honesto (não mentir) e ajudar a lidar com os procedimentos dolorosos (distraindo e animando)” (Batalha, 2010: 72).

À criança/família deve ser dada a possibilidade de se expressar, questionar e explorar o seu contexto de saúde/doença, para que possam desempenhar um papel ativo e ter um sentimento de controlo da situação, transmitindo segurança e tranquilidade à criança que recorre aos serviços de saúde (Diogo et al., 2015).

Outro campo de atuação do enfermeiro especialista passa pela sensibilização e formação, como nos diz o regulamento das competências comuns do EE (OE, 2010) deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, ao atuar como formador, diagnosticar necessidades formativas, conceber e gerir programas e dispositivos formativos, favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, e avaliar o impacto da formação.

A formação em contexto de trabalho é fundamental para a melhoria dos cuidados à criança com dor e sua família, ao analisar os cuidados prestados e os resultados obtidos das intervenções realizadas, pretende-se sensibilizar para a problemática da dor na criança e uniformizar os cuidados

prestados, sempre tendo em vista a qualidade de vida e bem-estar da criança/família (Batalha, 2010).

2. PERCURSO FORMATIVO

No decurso do estágio I, que decorreu num contexto, e estágio final, que decorreu em dois contextos, foi desenvolvido um projeto de intervenção, transversal aos contextos de estágio, baseado na metodologia projeto, com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre. Este projeto enquadrou-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e abordou a temática da dor na criança, intitulando-se: “O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”.

Nesta parte do trabalho é apresentada uma breve descrição sobre a metodologia projeto, e posteriormente é realizada uma análise de cada contexto de estágio, desde os objetivos às atividades desenvolvidas.

2.1. Metodologia de projeto

A metodologia de projeto tem por base o conhecimento teórico que irá ser aplicado na prática, havendo uma ligação entre eles, e tem como objetivo principal a análise e resolução de problemas (Ferrito et al., 2010). Esta metodologia permite determinar as ações a serem desenvolvidas, assim como, quando e como devem ser desenvolvidas, sendo também um processo dinâmico, que se adapta e reorganiza sempre que necessário (Ferrito et al., 2010).

Assim, a metodologia de projeto, é uma atividade propositada, que prevê um resultado, que dê resposta ao objetivo inicial e reflita o trabalho desenvolvido, pressupondo iniciativa e autonomia. Deve ser autêntica, focando um problema real para quem desenvolve o projeto, engloba complexidade e incerteza, e desenvolve-se ao longo do tempo passando pelas diferentes fases (Ferrito et al., 2010).

É uma metodologia reflexiva, que identifica problemas e visa resolvê-los através de ações práticas, engloba cinco fases: elaboração do diagnóstico de situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; e divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

A elaboração do diagnóstico de situação, é a primeira fase da metodologia projeto, em que se define a temática e os problemas, onde se quer atuar e mudar, fazendo a análise do contexto,

estabelecendo prioridades e identificando os mecanismos de mudança existentes (Ferrito et al., 2010).

O interesse pela temática pode surgir sustentado pela observação do quotidiano, vida profissional, programas de investigação, contacto com especialistas, sugestões de pesquisas já realizadas e/ou estudos de literatura especializada (Vilelas, 2009). Ao se optar por um tema, deve-se ter em conta a relevância e atualidade do problema, e o conhecimento, preferência e aptidão pessoal para lidar com o tema escolhido (Vilelas, 2009).

A escolha do tema do nosso projeto, o controlo da dor na criança, surgiu da observação do quotidiano da vida profissional. Enquanto enfermeiros, que prestamos cuidados à criança/família em contexto de urgência, deparamo-nos diariamente com crianças com dor, e constatamos que apesar da existência de normas e diretrizes, a nível da DGS, da OE e da instituição onde exercemos funções, muitas das vezes o cumprimento dessas normas e diretrizes não é tido como uma prioridade nos cuidados. Com este projeto pretendemos que isso seja alterado, pois está provado que a criança experimenta dor, e que essa dor tem impacto sobre a morbilidade e mortalidade, ao investirmos na gestão da dor, estamos a investir na maximização da saúde, no bem-estar e qualidade de vida da criança/família.

Quando definido o tema deve-se fazer o levantamento bibliográfico e a análise das obras já publicadas sobre o assunto em estudo (Vilelas, 2009), esse levantamento e análise é apresentado no enquadramento concetual do presente relatório.

Em seguida, são definidos os objetivos do projeto, que devem ser claros, de linguagem concisa, em número reduzido, realizáveis e mensuráveis, estes devem ser indicativos dos resultados que se pretende obter, e podem ter diferentes níveis, desde o geral até ao mais específico (Ferrito et al., 2010).

Assim, definimos como objetivo geral do projeto, transversal a todos os contextos de estágio, otimizar as estratégias de controlo da dor na criança. E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), nomeadamente no âmbito do controlo da dor na criança;
- Desenvolver estratégias promotoras do controlo da dor na criança, nas diferentes equipas de enfermagem.

A fase seguinte é a planificação do esboço do projeto, onde são delineadas as atividades, os métodos e as estratégias a desenvolver, fazendo o levantamento dos recursos e das condicionantes (Ferrito et al., 2010).

Na fase da execução, coloca-se em prática o que foi planeado, é realizada a recolha de dados, e desenvolvem-se ações com a finalidade de dar resposta ao problema inicialmente identificado (Ferrito et al., 2010).

A fase da planificação e da execução foi adaptada às necessidades de cada contexto clínico, sempre tendo como eixo norteador o tema do nosso projeto.

Depois segue-se a fase da avaliação, que consiste num processo dinâmico e contínuo, em que se compara os objetivos definidos inicialmente com os objetivos atingidos, pode ser intermédia ou final. (Ferrito et al., 2010). A avaliação intermédia foi realizada em cada contexto de estágio, enquanto a avaliação final é realizada com a avaliação do produto final do projeto.

A metodologia projeto culmina na fase de divulgação dos resultados, em que se difunde a importância do projeto e o caminho percorrido, para a resolução de um determinado problema (Ferrito et al., 2010). No caso do nosso projeto culmina com a redação e divulgação do presente relatório.

2.2. Contextos clínicos: objetivos e atividades desenvolvidas

As UC de estágio I e de estágio final integram o plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem, representam uma continuidade do projeto, e devem ser desenvolvidas em contextos onde o estudante possa programar e realizar atividades que promovam a aquisição/desenvolvimento de competências, comuns e específicas do enfermeiro especialista, e de mestre em enfermagem (UE, 2016b).

Assim, com objetivos de aprendizagem delineados para estas UC, espera-se que o estudante: “evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica; descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto; apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas” (UE, 2016b:1).

Considerando os objetivos gerais do curso, das UC estágio I e final e os que nós definimos, assim como as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem, de seguida iremos realizar uma análise de cada contexto de estágio.

A análise do contexto é realizada de acordo com a ordem cronológica em que os estágios ocorreram. O estágio I decorreu entre 2 de maio e 16 de junho de 2017, com duração de 6 semanas, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O estágio final decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 26 de janeiro de 2018, subdividindo-se em dois módulos. O módulo A realizou-se numa Consulta Externa – Área de Pediatria, de 18 de setembro a 27 de outubro de 2017, com duração de 6 semanas, e o módulo B decorreu num serviço de Internamento de Pediatria (SIP), de 30 de outubro de 2017 a 26 de janeiro de 2018, com duração de 10 semanas.

2.2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A OE (2019) diz-nos que o enfermeiro especialista deve englobar um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, capacitando-o para atuar em todos os contextos de vida da criança/família e nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com as necessidades da população-alvo, sendo assim, e considerando, que a nossa experiência profissional tem vindo a ser desenvolvida num serviço de urgência pediátrica, surgiu a necessidade de desenvolver competências na promoção de saúde e desenvolvimento infantil em ambiente de cuidados de saúde primários, nomeadamente na consulta de saúde infantil de uma UCSP.

Assim, o objetivo específico que definimos para o estágio na UCSP foi: prestar cuidados especializados à criança/família, em contexto de cuidados de saúde primários, intervindo no controlo da dor e desenvolvendo intervenções promotoras de estratégias de controlo da dor na criança.

Para atingir este objetivo, foram implementadas as seguintes atividades: a) Conhecimento da estrutura física, recursos e equipa multidisciplinar; b) Realização de entrevista informal ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista em ESIP, para identificar a necessidade específica do serviço, enquadrada na temática do controlo da dor na criança; c) Identificação do papel do enfermeiro especialista, na equipa multidisciplinar; d) Identificação das estratégias de controlo da dor, utilizadas pela equipa, nos procedimentos potencialmente doloroso; e) Prestação de cuidados especializados à criança, evidenciando estratégias de controlo da dor; f) Operacionalização de atividades promotoras da gestão da dor na criança; g) Realização de um trabalho escrito, segundo a metodologia de estudo de caso.

As UCSP têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal da área administrativa (Ministério da Saúde [MS], 2011). A atividade da UCSP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, integrada numa rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) (MS, 2011).

A UCSP, onde decorreu o estágio, iniciou a sua atividade em março de 2007. Tem uma população de 35713 utentes inscritos, sendo que 7678 são crianças/jovens abrangidos pela consulta de saúde infantil, dos quais 359 têm idade inferior a um ano. A equipa de profissionais é multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos de medicina geral e familiar, administrativos e assistentes operacionais. Sempre que necessário pode ser solicitado o apoio de fisioterapia, terapia da fala, higiene oral, psicologia, assistência social e nutrição que pertencem à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACES a que a UCSP pertence.

A UCSP encontra-se organizada por valências, sendo que a consulta de enfermagem de saúde infantil decorre no primeiro piso, junto à sala de vacinação, de 2ª a 6ª feira, entre as 8h e as 17h. Esta consulta é organizada e orientada por enfermeiros especialistas em ESIP, a equipa de enfermagem, na altura em que decorreu o estágio, englobava três elementos, um dos quais estava de licença parental, pelo que estavam apenas dois elementos a realizar a consulta.

As consultas de enfermagem de saúde infantil, são agendadas pelos enfermeiros que as realizam, pois devido ao elevado rácio de crianças inscritas na UCSP por enfermeiro, é necessário que haja uma gestão adequada do tempo, para otimizar a resposta às necessidades da população abrangida pelos cuidados.

A consulta de enfermagem é autónoma e antecede a consulta médica, tem como eixo orientador o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV), sendo agendada de acordo com as idades-chave contempladas no PNSIJ, idades essas que correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade (DGS, 2013). Para além destas consultas, também são realizadas consultas independentes de acordo com as necessidades da criança/família.

Embora as orientações do PNSIJ, para a realização da consulta de vigilância infantil, diferem de acordo com a idade da criança, existem aspetos que devem ser avaliados em todas as consultas. Esses aspetos são: as preocupações dos pais ou da criança, intercorrências desde a consulta anterior, adaptação ao infantário ou escola, hábitos alimentares, ocupação de tempos livres, dinâmica do crescimento e desenvolvimento de acordo com a evolução das curvas de crescimento, aspetos do desenvolvimento psicossocial e cumprimento do PNV.

A consulta de enfermagem de saúde infantil é realizada num ambiente terapêutico, individualizado e seguro, evidenciando a importância da filosofia dos cuidados centrados na família. Os registos de enfermagem são realizados no processo clínico da criança através do sistema de informação SClínico®, que integra o PNSIJ, e contempla a nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O sistema de informação SClínico® integra ainda a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan, uma escala de aplicação rápida, precisa e fiável, para avaliação do desenvolvimento da criança dos 0 meses aos 5 anos, relativamente à postura e motricidade, visão e motricidade fina, audição, linguagem, comportamento e adaptação social (OE, 2010).

Quando uma criança nasce, a UCSP, recebe o documento de notícia de nascimento e, geralmente, a família contacta a UCSP para marcar a primeira consulta de enfermagem para o recém-nascido, que deve coincidir com a primeira consulta médica, quando esse contacto por parte da família não acontece, cabe ao enfermeiro contactar a família, para perceber se já realizou a consulta noutra unidade de cuidados de saúde, se não realizou, procede-se ao agendamento da mesma.

A primeira consulta de enfermagem de saúde infantil realiza-se, se possível, na primeira semana de vida do recém-nascido, para que coincida com o intervalo de tempo ideal à realização do teste de diagnóstico precoce, comumente designado “teste do pezinho”, que deve ser entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido, após 48 horas de alimentação. Este teste é efetuado através de uma punção no calcâneo do recém-nascido, de modo a colher sangue para o papel de filtro indicado para a colheita, papel este, que depois de seco, é enviado para a unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, atualmente, através do teste de diagnóstico precoce é possível rastrear 24 doenças (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, s.d.).

Nesta primeira consulta do recém-nascido, para além, do registo informático, da avaliação dos parâmetros que constam no PNSIJ, realizamos um registo em suporte de papel da avaliação

inicial do recém-nascido, da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar. Se possível, realizamos o teste de diagnóstico precoce, explicando todo o procedimento, assim como, deve proceder para aceder aos resultados.

Na consulta de vigilância de saúde infantil avaliamos e registamos o crescimento e desenvolvimento da criança no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

Durante o decorrer das consultas de saúde infantil desenvolvemos intervenções como o acolhimento à criança/família, a colheita sistemática de dados, a avaliação física e a deteção de sinais de alerta. São incentivados comportamentos promotores de saúde, tais como, a nutrição, a prática regular de exercício físico, o brincar, a gestão do stress, a prevenção de consumos nocivos e a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes. Promovemos a imunização conforme o PNV, a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, a prevenção dos acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus-tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada e o aleitamento materno.

Na consulta de saúde infantil, também tivemos oportunidade de desenvolver a vacinação, pois como o PNSIJ (2013) recomenda, deve haver uma harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado pelo PNV, de modo a reduzir o número de deslocações da criança/família aos serviços de saúde. O registo da vacinação é efetuado no Boletim Individual de Saúde (BIS) da criança e em sistema informático próprio, é registado o nome, lote e prazo de validade da vacina, o nome de quem administrou e o serviço de saúde onde foi administrada.

Para colaborarmos na consulta de vigilância saúde infantil, foi necessário conhecer detalhadamente o PNSIJ e o PNV, mobilizar conhecimentos da nossa prática profissional e da componente curricular do presente mestrado, assim com aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil através da pesquisa bibliográfica.

Relativamente ao tema do nosso projeto, o controlo da dor na criança, podemos constatar que, na consulta de saúde infantil, as intervenções de enfermagem que causam dor na criança, são o teste de diagnóstico precoce e a vacinação. Durante a realização do teste de diagnóstico precoce, utilizamos a amamentação, como estratégia de alívio da dor, verificamos que, apesar de não dispormos de instrumentos para avaliação da dor, o tempo de duração e a intensidade do choro diminuía. Na vacinação, as estratégias de alívio da dor utilizadas dependiam da idade da criança, no lactente e no *toddler*, utilizamos a sucção não nutritiva e a contenção ao colo da pessoa significativa, e na criança pré-escolar e escolar, a distração e o reforço positivo, estas estratégias foram aplicadas

individualmente e em associação. Constatamos que, as estratégias de alívio da dor, são mais eficazes no controlo da dor, quando aplicadas em associação.

Para além das intervenções de enfermagem que causam dor na criança, a cólica do lactente, é uma dor experienciada por muitos lactentes, assim na consulta de saúde infantil, tivemos oportunidade de explicar e exemplificar, como a massagem pode ser utilizada no alívio da dor na cólica do lactente.

Para identificarmos a necessidade específica do serviço, enquadrada na temática do controlo da dor na criança, foi realizada uma reunião com o EEESIP supervisor clínico do estágio, onde foi apresentado o projeto, e através da entrevista informal, foi reconhecida a pertinência do projeto e identificada a medida interventiva a desenvolver neste contexto de estágio, elaborando o diagnóstico de situação. A entrevista informal, faz parte do grupo das entrevistas não-estruturadas, neste tipo de entrevista existe liberdade para formular as perguntas durante a conversa, não havendo questionário ou guião para a orientar, consistindo numa conversa, sobre o tema em estudo, entre o investigador e o entrevistado (Vilelas, 2009). Posteriormente, foi apresentado à enfermeira responsável da UCSP, que validou e autorizou essa mesma medida.

A identificação da intervenção a desenvolver prendeu-se com a necessidade de orientações sobre as estratégias não farmacológicas de controlo da dor, nas diferentes faixas etárias, e a carência de meios disponíveis para intervir na prevenção e alívio da mesma. Assim, como objetivos, definimos: disponibilizar instrumentos de avaliação da dor para as diferentes faixas etárias, construir um “kit de controlo da dor na criança”, e realizar uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança.

Posto isto, passamos ao planeamento e à execução, em que tivemos, como eixo norteador, as orientações da DGS, relativamente à avaliação e controlo da dor na criança, e o Guia Orientador de Boas Práticas: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE. Assim, construímos o nosso “kit de controlo da dor na criança” (Apêndice I), que é composto por instrumentos de avaliação da dor (Anexo III), adequados às diferentes faixas etárias, uma tabela que relacionada as diferentes faixas etárias da criança com o brinquedo terapêutico e/ou estratégia não farmacológica de controlo da dor a aplicar, e por brinquedos terapêuticos. Planeamos também, uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança (Apêndice II), que, pela escassez de enfermeiros nas consultas de vigilância de saúde infantil, não foi possível realizar durante o tempo em que decorreu o estágio.

Neste contexto de estágio, propuseram-nos a realização de um trabalho escrito, segundo a metodologia de estudo de caso. O estudo de caso consiste numa metodologia que procura aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade, proporcionando uma intervenção individual e personalizada, de modo a obter contributos para que o enfermeiro avalie a melhor estratégia para a resolução dos problemas identificado (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Durante o estágio, tivemos a possibilidade de participar no “XIV Encontro da UCF de Setúbal” (Anexo IV), onde vimos abordados temas como alimentação e prevenção da obesidade, parentalidade positiva, o PNV 2017, as convulsões e fenómenos paroxísticos não epiléticos, tendo sido uma mais-valia no nosso percurso de aprendizagem.

2.2.2. Consulta Externa – Área de Pediatria

O EEESIP deve atuar na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, assim, para prosseguir com o nosso percurso de aprendizagem, escolhemos como contexto de estágio a Consulta Externa - Área de Pediatria, onde se prestam cuidados diferenciados, mas em regime de consulta.

A consulta externa (CE) nos hospitais é sempre agendada por referênciação, a criança pode ser referenciada dos cuidados de saúde primários, dos serviços de internamento, do serviço de urgência ou de outra consulta externa, essa referênciação acontece quando se detetam situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança.

Assim, o objetivo específico que definimos para o estágio na Consulta Externa – Área de Pediatria, foi: prestar cuidados especializados à criança/família, em contexto de consulta externa, intervindo no controlo da dor e desenvolvendo intervenções promotoras de estratégias de controlo da dor na criança.

Para atingir este objetivo, foram implementadas as seguintes atividades: a) Conhecimento da estrutura física, recursos e equipa multidisciplinar; b) Realização de entrevista informal ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista em ESIP, para identificar a necessidade específica do serviço, enquadrada na temática do controlo da dor na criança; c) Identificação do papel do enfermeiro especialista, na equipa multidisciplinar; d) Identificação das estratégias de controlo da dor, utilizadas pela equipa, nos procedimentos potencialmente doloroso; e) Prestação de cuidados especializados à criança, evidenciando estratégias de controlo da dor; f) Operacionalização de atividades promotoras da gestão da dor na criança.

O Hospital, onde está inserida a Consulta Externa em que desenvolvemos o estágio, trata-se de uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde, e é composto por duas estruturas arquitetónicas, estrutura inicial e edifício novo, sendo que a CE fica situada no 1º piso do edifício novo.

A CE funciona todos os dias úteis, das 8h às 20h, e a sua estrutura divide-se em 6 áreas: Área Azul, Endocrinologia e Especialidades Médicas; Área Verde, Dermatologia, Gastrenterologia e Especialidades Cirúrgicas; Área Amarela, Pediatria; Área Cinza, Estomatologia; Área Laranja, Otorrinolaringologista (ORL), Oftalmologia e Pequena Cirurgia; e Área Rosa, Ginecologia/Obstetrícia. Do seu quadro permanente constam 20 enfermeiros, 18 assistentes técnicos e 17 assistentes operacionais.

A Área de Pediatria da CE integra consultas das seguintes especialidades e subespecialidades: pediatria médica, cirurgia pediátrica, neonatologia, desenvolvimento, adolescentes, doenças respiratórias, apoio nefrológico, apoio endócrino, diabetes infantil e juvenil. A equipa multidisciplinar é constituída por duas enfermeiras, uma das quais especialista em ESIP, uma assistente operacional, uma assistente técnica e por um conjunto de médicos pediatras e cirurgiões pediátricos, que dão resposta às diferentes valências da consulta. Nesta área são desenvolvidas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, inseridas nas consultas das diferentes especialidades e subespecialidades.

A consulta de enfermagem à criança/família, desenvolvida na CE, antecede, se possível, a consulta médica, mas também pode ser agendada independentemente, sempre que sejam necessárias intervenções específicas à criança/família.

Na consulta de enfermagem, para prestarmos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, assistindo na maximização da sua saúde, foi essencial o conhecimento do PNSIJ, nomeadamente dos parâmetros a avaliar e dos cuidados antecipatórios referentes a cada idade, para podermos reconhecer os desvios e atuar, tendo presente que, as crianças referenciadas para a CE, experienciaram um evento, que pode afetar negativamente o seu desenvolvimento ou a sua qualidade de vida.

Assim, aquando a realização da consulta de enfermagem, realizamos o acolhimento personalizado à criança/família e a avaliação da sua situação de saúde, dos seus recursos e dos recursos da comunidade em que se insere, através da entrevista, onde é realizada a colheita de dados necessária para uma intervenção diferenciada e centrada na criança/família. Avaliamos

parâmetros vitais de acordo com a idade e situação clínica e dados antropométricos da criança, que registamos no BSII, tendo em conta as curvas de crescimento.

Intervimos na promoção do desenvolvimento pessoal e social, com progressiva responsabilização da criança/família pelas escolhas relativas à saúde, e na prevenção de complicação para a saúde da criança, identificando fatores de risco de maus-tratos, de perturbações emocionais e do comportamento, de consumos nocivos e de acidentes. Nas crianças, com necessidades de saúde específicas, promovemos a capacitação e empoderamento da criança/família, através de ensinamentos, exemplificação e prática sob orientação, facilitadores da readaptação funcional. Também desempenhamos intervenções interdependente, como a realização de procedimentos com prescrição médica, como é o caso dos pensos para tratamento de feridas.

Na CE da área de pediatria, a equipa médica realiza os registos no sistema de informação SClínico®, ficando o processo da criança em suporte informático, no entanto, não está disponível perfil do SClínico® para o enfermeiro pelo que, os registos são realizados em suporte de papel e enviados para o arquivo no final do dia, impossibilitando a consulta do processo de enfermagem da criança, de uma consulta para a outra, constituindo uma limitação à abordagem da criança/família e consequentemente à nossa prestação de cuidados, dado o elevado número de crianças que são referenciadas para a CE.

O enfermeiro especialista em ESIP, que supervisionou o nosso estágio, é responsável pela operacionalização e concretização da consulta de enfermagem de diabetes infantil e juvenil, o que nos possibilitou colaborar nesta consulta, que foi a primeira consulta de enfermagem autónoma e independente da área de pediatria da CE, e à data do estágio a única. Nesta consulta, é estabelecida e desenvolvida uma relação terapêutica de confiança, entre o EEESIP e a criança/família, sendo, muitas das vezes, a sua enfermeira de referência. Os registos desta consulta são realizados em instrumento de papel próprio, e guardados no gabinete de enfermagem, assim, sempre que a criança recorre para uma nova consulta, dá-se continuidade aos registos no mesmo instrumento, possibilitando a continuidade dos cuidados.

Os procedimentos potencialmente dolorosos que são realizados na CE, área pediátrica, são, maioritariamente, os pensos para tratamento de feridas, em crianças em idade escolar e adolescentes, durante estes procedimentos podemos observar que as estratégias não farmacológicas utilizadas, para o controlo da dor, foram a preparação, a imaginação guiada e a distração, individualmente ou em associação.

Também tivemos oportunidade de realizar um turno com uma das enfermeiras responsáveis pela sala de pequena cirurgia, onde observamos intervenções dos cirurgiões pediátricos, nessas intervenções, potencialmente dolorosas, podemos constatar que utilizavam fármacos para o controlo da dor, como o creme EMLA® (lidocaína + prilocaína) e a infiltração local de lidocaína, associados e estratégias não farmacológicas, como a contenção com lençol e a sucção não nutritiva.

Para identificarmos a necessidade específica do serviço, enquadrada na temática do controlo da dor na criança, foi realizada uma reunião com a EEESIP supervisora clínica do estágio, onde apresentamos o projeto, e através da entrevista informal, foi reconhecida a sua pertinência e identificou-se as intervenções a desenvolver, neste contexto de estágio, elaboramos assim o diagnóstico de situação. Posteriormente, apresentamos o projeto e as intervenções identificadas à enfermeira chefe da CE, que validou e concedeu autorização para as desenvolvermos.

O reconhecimento da intervenção a desenvolver deveu-se à necessidade de orientações sobre as estratégias não farmacológicas de controlo da dor, nas diferentes faixas etárias, e à ausência de instrumentos de avaliação da dor e de suporte adequado para registo da dor na criança. Assim, como objetivos, definimos: disponibilizar instrumentos de avaliação da dor para as diferentes faixas etárias, elaborar folha de registo da dor na criança e realizar uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança.

Assim, tendo como eixo norteador, as orientações da DGS, relativamente à avaliação e controlo da dor na criança, e o Guia Orientador de Boas Práticas: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE, planeamos e executamos uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança (Apêndice III), que apresentamos, integrada na formação em serviço, para a equipa de enfermagem da CE das diferentes áreas, assistiram à formação 14 enfermeiros.

No final da apresentação, a sessão de formação, foi avaliada através de um questionário contruído para o efeito. Os resultados desse questionário (Apêndice IV) foram os seguintes: os conteúdos apresentados correspondem às suas expectativas, os objetivos propostos são adequados à sessão, os conhecimentos adquiridos correspondem às suas expectativas e os conhecimentos adquiridos favorecem o desenvolvimento de competências, 2 enfermeiros classificaram a sessão em Bom e 12 em Muito Bom, em relação à apreciação global da sessão 1 enfermeiro avaliou em Bom, 6 em Muito Bom e 7 não responderam, e na questão se a sessão terá impacto positivo ao nível do seu desempenho 13 enfermeiros responderam que sim e 1 respondeu

que não. No espaço destinado a sugestões/observações um dos enfermeiros escreveu que, e passamos a transcrever: “Foi esclarecedor para a equipa e permite a adequação das outras áreas”.

Durante a sessão de formação disponibilizamos instrumentos de avaliação da dor (Anexo III), adequados às diferentes faixas etárias, em formato de cartões de consulta, para ficar na área de pediatria da CE, e também para ficar em outras áreas da CE, que têm como população alvo as crianças, como é o caso da dermatologia, ORL, oftalmologia e Pequena Cirurgia.

Por último, considerando a ausência de um local adequado para o registo da dor na criança, elaboramos uma folha de registo da avaliação da dor na criança (Apêndice V), que contempla o registo da localização anatómica e as características da dor, o instrumento utilizado para avaliação da dor, a avaliação inicial da dor, as estratégias farmacológicas/não farmacológicas aplicadas para o alívio da dor e a avaliação durante e após a aplicação de estratégias de controlo da dor.

2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria

A hospitalização é um evento, na vida da criança, preocupante e potencialmente traumático, que pode afetar negativamente o seu desenvolvimento, provoca medo, sofrimento, tensão emocional e angústia na criança/família (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018). O EEESIP desempenha um papel elementar na “concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização” (OE, 2011:6).

Assim, depois de termos desenvolvido estágio em contexto de cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados em ambulatório, e valorizando a nossa experiência profissional em contexto de urgência pediátrica, escolhemos como contexto de estágio um serviço de internamento de pediatria, para compreender o circuito da criança dentro de uma unidade hospitalar, assim como a continuidade de cuidados durante o tempo de internamento, dando continuidade ao nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Portanto, definimos como objetivo específico, para o estágio Serviço de Internamento de Pediatria (SIP): prestar cuidados especializados à criança/família, em contexto de serviço de internamento, intervindo no controlo da dor e desenvolvendo intervenções promotoras de estratégias de controlo da dor na criança.

Para atingir este objetivo, foram implementadas as seguintes atividades: a) Conhecimento da estrutura física, recursos e equipa multidisciplinar; b) Realização de entrevista informal ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista em ESIP para apresentar o projeto de intervenção;

c) Concretização do pedido de autorização ao conselho de administração, da instituição de saúde onde se realiza o estágio, para operacionalizar o projeto de intervenção e aplicar um questionário de diagnóstico de situação, à equipa de enfermagem; d) Aplicação de um questionário de diagnóstico de situação, para identificar a necessidade específica da equipa de enfermagem, enquadrada na temática do controlo da dor na criança; e) Identificação do papel do enfermeiro especialista, na equipa multidisciplinar; f) Identificação das estratégias de controlo da dor, utilizadas pela equipa, nos procedimentos potencialmente doloroso; g) Prestação de cuidados especializados à criança, evidenciando estratégias de controlo da dor; h) Operacionalização de atividades promotoras da gestão da dor na criança.

A unidade hospitalar, onde se insere o serviço de internamento de pediatria (SIP), em que realizamos o estágio, trata-se de uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde, e é composta por duas estruturas arquitetónicas, estrutura inicial e edifício novo, sendo que o SIP fica situada no 5º piso do edifício novo.

O SIP tem, como população alvo dos cuidados, crianças dos zero aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, e capacidade para vinte e duas crianças em regime de internamento. Engloba três valências: Pediatria Médica, Pediatria Cirúrgica e Hospital de Dia.

A Pediatria Médica tem capacidade para dezasseis crianças com patologia médica, em regime de internamento, em quarto individual ou duplo, a gestão das vagas, tem como critérios a faixa etária e a patologia da criança, nomeadamente se necessita de isolamento, se necessário admite também internamentos de ordem social. A Pediatria Cirúrgica tem capacidade para seis crianças, em quarto individual ou duplo, aqui permanecem crianças com patologia cirúrgica em regime de ambulatório ou de internamento, ao cuidado da Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, ORL, Oftalmologia ou Estomatologia.

Durante o internamento, o SIP permite o acompanhamento da criança das 9h às 22h, por duas pessoas significativas, e das 22h às 9h por uma pessoa significativa, a presença da família é fundamental para uma evolução positiva da situação de saúde da criança. A família é incentivada, sempre que a situação clínica da criança o permita, a trazer para o SIP os objetos de apego da criança, assim como o seu vestuário e os objetos de higiene pessoal, para que a criança se sinta mais segurança e confortável. Se a criança tiver irmãos, estes podem visitá-la no período das 18h às 20h. E os restantes visitantes, com idade superior a 12 anos, podem visitar a criança no período das 17h às 18h, uma pessoa de cada vez.

O Hospital de Dia, no período em que decorreu o estágio, funcionava diariamente das 9h às 21h, o seu objetivo é prestar um atendimento diferenciado à criança em regime de ambulatório, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a reduzir o tempo de internamento e as recorrências à Urgência Pediátrica, contribuindo para a qualidade de vida da criança.

O SIP articula-se com a Urgência Pediátrica, com a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, com a Consulta Externa, nomeadamente de Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, ORL, Oftalmologia e Estomatologia, e com os serviços de meios complementares de diagnóstico.

A equipa multidisciplinar do SPI é constituída por: médicos pediatras e cirurgiões pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais, secretária de piso, educadora de infância e professora. A equipa de enfermagem é composta por dezassete elementos, englobando o enfermeiro chefe, dos quais cinco são EEESIP. O rácio de enfermeiros por turno são: três/quatro enfermeiros na manhã, dois/três enfermeiros na tarde e dois enfermeiros na noite.

No SIP, o método de trabalho, utilizado pela equipa de enfermagem, é o método individual, e os cuidados prestados têm como princípios orientadores os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos. Os registos de enfermagem são realizados durante o turno no sistema de informação SClínico®, que contempla uma linguagem CIPE. Nas crianças com internamento em regime de ambulatório, os registos de enfermagem são realizados no processo em papel.

Durante o estágio, como era expectável, foram-nos atribuídas várias crianças, de diferentes faixas etárias, e com diferentes contextos de doença, do âmbito médico e cirúrgico, para a prestação de cuidados diretos, pelo que foi necessário aprofundar os nossos conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica e da consulta das normas e procedimentos do serviço.

No tempo em que decorreu o estágio, no SIP, tivemos oportunidade de prestar cuidados à criança desde a admissão, até à alta hospitalar. Quando a criança é admitida no SIP, efetuamos o acolhimento à criança/família, explicamos as normas de funcionamento do serviço, mostramos a unidade onde a criança vai permanecer, entregamos o guia de acolhimento, e iniciamos o processo de enfermagem, com a colheita inicial de dados, através da entrevista de enfermagem. Durante o internamento desenvolvemos uma relação terapêutica, em que através dos ensinamentos e esclarecimento de dúvidas, capacitamos a criança/família para a alta. Na altura da alta, validamos se a criança/família tem os recursos necessários para continuar o seu processo de recuperação no domicílio, e elaboramos a nota de alta de enfermagem.

Para a criança, a hospitalização, é um período em que experienciam ansiedade, medo e stress, pois estão perante um ambiente desconhecido e em contacto com procedimentos potencialmente dolorosos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Podemos observar que a equipa de enfermagem do SIP, desenvolvia estratégias de controlo da dor na criança. Quando havia colheitas de sangue programadas ou a criança ia ser submetida a procedimento cirúrgico, era colocado creme EMLA® (lidocaína + prilocaína), para alívio da dor durante a punção venoso.

Em relação às estratégias não farmacológicas do alívio da dor, constatamos que, a equipa de enfermagem, fazia-se valer delas, na dor aguda ou crónica, relacionada com a patologia da criança, e na dor resultante da execução de procedimentos potencialmente dolorosos.

Para validar a pertinência do nosso projeto de intervenção, foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Chefe do SIP e o EEESIP supervisor clínico do estágio, onde apresentamos o projeto, e através da entrevista informal, foi reconhecida a relevância de aplicar um questionário à equipa de enfermagem para identificar a necessidade específica do serviço, enquadrada na temática do controlo da dor na criança. O questionário consiste num conjunto estruturado de questões, destinado a obter informação sistemática e ordenada acerca das pessoas a quem se destina (Vilelas, 2009). Depois do parecer positivo da comissão de ética da instituição hospitalar, foi aplicado o questionário de diagnóstico de situação (Apêndice VI) à equipa de enfermagem.

Após recolha e análise dos questionários (Apêndice VII), constatamos que responderam ao questionário 52,9% da equipa de enfermagem. Em relação à caracterização da equipa obtivemos os seguintes resultados: 89% é do sexo feminino e 11% do sexo masculino; 11% tem idade inferior a 30 anos, 22% tem entre os 30 e os 39 anos, 22% tem entre os 40 e os 49 anos e 45% tem entre os 50 e os 59 anos; como habilitações literárias 11% possui o bacharelato em enfermagem, 56% a licenciatura em enfermagem e 33% a pós-licenciatura em ESIP; e como tempo de experiência profissional 11% tem entre 5 e 9 anos, 22% entre 10 e 14 anos, 11% entre 15 e 19 anos e 56% mais de 20 anos. Relativamente ao controlo da dor na criança:

- 100% dos inquiridos responderam sim às seguintes questões: “considera importante a avaliação da dor na criança; habitualmente avalia e regista a dor da criança; habitualmente utiliza os instrumentos de avaliação da dor disponibilizados pelo sistema de informação em uso no serviço (SCLínico®), adequa o instrumento de avaliação da dor à faixa etária da criança e situação clínica, considera importante a utilização de estratégias de controlo da dor na criança; e habitualmente aplica estratégias de controlo da dor na criança”;

- À questão “quais as estratégias de controlo da dor que habitualmente aplica”: 11% dos inquiridos respondeu farmacológicas, 11% não farmacológicas e 78% ambas;
- À questão “das estratégias não farmacológicas de controlo da dor, quais as que habitualmente aplica”: 88,9% dos inquiridos responderam distração; 66,7% amamentação e glicose a 30%/Sacarose 24%; 55,6% reforço positivo e preparação; 33,3% sucção não nutritiva; 22,2% imaginação guiada e contenção com lençol/manual; e 11,1% massagem.
- 100% dos inquiridos respondeu sim à questão “após a aplicação de estratégias de controlo da dor, habitualmente reavalia e regista a dor da criança”.

Após a análise dos questionários, realizamos outra reunião com o EEESIP supervisor clínico do estágio e com o EEESIP responsável pela auditoria dos registos de enfermagem no SIP, com recurso à entrevista informal, com o objetivo de identificar a intervenção a desenvolver, enquadrada no nosso projeto. Ao expor os resultados do questionário, em que 100% dos inquiridos responderam sim às questões, adequa o instrumento de avaliação da dor à faixa etária da criança e situação clínica, e habitualmente reavalia e regista a dor da criança. O EEESIP responsável pela auditoria dos registos de enfermagem do SIP, transmitiu-nos que é essencial reforçar a importância de reconhecer o instrumento de avaliação da dor adequado à criança, e de registar quais as estratégias não farmacológicas utilizadas, assim como a reavaliação da dor. Posto isto, e tendo em consideração que apenas 52,9% da equipa de enfermagem respondeu ao questionário, elaboramos o diagnóstico de situação. Como intervenção, definimos: realizar uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança.

Portanto, passamos ao planeamento e à execução de uma sessão de formação sobre o controlo da dor na criança (Apêndice VIII), em que tivemos, como eixo norteador, as orientações da DGS, relativamente à avaliação e controlo da dor na criança, e o Guia Orientador de Boas Práticas: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE, e também os instrumentos disponibilizados pelo sistema de informação SClínico®. Apresentamos a sessão de formação para a equipa de enfermagem, integrada na formação em serviço, assistiram à formação 8 enfermeiros.

No final da apresentação, a sessão de formação, foi avaliada através de um questionário contruído para o efeito. Os resultados desse questionário (Apêndice IX) foram os seguintes: os conteúdos apresentados correspondem às suas expectativas, os objetivos propostos são adequados à sessão, os conhecimentos adquiridos correspondem às suas expectativas e os conhecimentos adquiridos favorecem o desenvolvimento de competências, os 8 enfermeiros

classificaram a sessão em Muito Bom, em relação à apreciação global da sessão 4 enfermeiros avaliaram em Muito Bom e 4 não responderam, e na questão se a sessão terá impacto positivo ao nível do seu desempenho os 8 enfermeiros responderam que sim. No espaço destinado a sugestões/observações os enfermeiros escreveram que, e passamos a transcrever: “Relembrar conceitos e comportamentos”; “Aprendizagem de novas estratégias”; “Para os profissionais: das escalas do SClínico® definir as adequadas para a pediatria, reforçar a atenção na resposta da escala adequada, reavaliação e registo de quais as estratégias não farmacológicas utilizadas”.

Os resultados obtidos, no questionário de avaliação da sessão, demonstram que a nossa intervenção foi pertinente e positiva para a equipa de enfermagem.

No estágio final (modulo A e B), foi-nos proposto a realização de uma revisão sistemática da literatura, que consiste num tipo de investigação centrada numa questão bem definida, que visa identificar, seleccionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (Galvão & Pereira, 2014), enquadrada no tema do nosso projeto, o controlo da dor na criança, que concretizamos com o título: “A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática”.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019:4744). Para Benner (2001), o enfermeiro especialista deve comportar conhecimentos técnicos, assumir a tomada de decisão, ser responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa, e ter uma conduta ética e deontológica.

Posto isto, iremos realizar uma análise reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro ESIP, assim como das de mestre, adquiridas, desenvolvidas e consolidadas, durante o Mestrado em Enfermagem, na área de especialidade de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns, “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019:4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista integram os seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Como enfermeiros, durante o nosso percurso, regemo-nos pelo Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no que diz respeito ao direito à vida e à qualidade de vida, ao direito ao cuidado, ao dever de informação, ao dever de sigilo, ao respeito pela intimidade e ao respeito pela pessoa em situação de final de vida (Lei n.º 156, 2015).

Os padrões éticos na enfermagem assentam num conceito moral básico, a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, em que para além da qualidade científica ou da técnica, exige-se uma qualidade humana e humanizadora, e respeito por si próprio, enquanto pessoa, como sendo fundamental para respeitar o outro (Lei n.º 156, 2015).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, diz-nos que as crianças “com capacidade de discernimento, têm o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (UNICEF, 1990 :10).

No padrão ético, tivemos em conta, que as intervenções de enfermagem requerem um consentimento para a sua realização, pelo que os pais/pessoa significativa, têm o direito a ser informados, assim como as crianças têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão, para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (UNICEF, 1990).

Como futuros enfermeiros especialistas, estabelecemos momentos de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da criança/família, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para assumir uma decisão, sobre o seu contexto de saúde.

Na nossa prática, e na implementação do nosso projeto, tivemos como referência e linha orientadora, os princípios éticos: da beneficência, fazer o bem à criança/família; da não-maleficência, não fazer mal, ponderar os riscos e os benefícios; da justiça, distribuição justa, equitativa e apropriada; e da defesa da autonomia e do respeito pelas opções da criança/família (Mendes, 2009).

Na tomada de decisão ética, suportamos a nossa decisão em princípios, valores e normas deontológicas. Nos processos de maior complexidade, conjuntamente com a equipa, participamos na tomada de decisão, avaliamos os resultados e promovemos práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A governação clínica tem como pilares: “a focalização na pessoa e bem-estar da pessoa; o envolvimento de todos, a todos os níveis; a orientação para resultados entendendo-se estes como ganhos em saúde” (Santos & Sá, 2010). Sendo consolidada pelos processos de cuidados e pelas normas e procedimentos válidos assentes na evidência (Santos & Sá, 2010).

As instituições de saúde, que constituíram os nossos contextos de estágio, são detentoras de normas e procedimentos padronizados, assentes na evidência, que contribuem para uma uniformização da prestação de cuidados, promovem a segurança e qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

Durante os nossos estágios, tivemos como linha orientadora o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, as orientações da DGS, os guias orientadores de boas práticas da OE e as normas e procedimentos de cada contexto, fundamentando a nossa prática tendo em vista os ganhos em saúde. Através do desenvolvimento do nosso projeto, e da implementação das atividades desenvolvidas, podemos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à criança/família.

O controlo de infeção, foi uma constante em todos os contextos de estágio, cumprimos as diretrizes na higienização da mão, os princípios da assepsia na realização de procedimento e os isolamentos quando instituídos.

Promovemos um ambiente seguro para a criança, através de ensinamentos sobre a prevenção de acidentes, em todos os contextos de estágio. No serviço de internamento de pediatria, é colocada uma identificação na criança, o serviço é fechado e a porta possui código para abrir.

No desenvolvimento do projeto, não são identificadas as unidades de saúde, preservando a segurança dos dados, nomeadamente na realização do estudo de caso e na análise dos dados dos questionários aplicados aos enfermeiros.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro assume uma posição de líder na equipa na gestão dos cuidados de enfermagem, focando-se na humanização e nas necessidades da criança/família, vale-se do processo de enfermagem para sistematizar a prestação de cuidados, identificar as necessidades da

criança/família, definir os diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar as intervenções, e avaliar os cuidados prestados (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

Os enfermeiros especialistas em ESIP, responsáveis pela supervisão clínica do nosso estágio, encontravam-se inseridas numa equipa de enfermagem, que por sua vez integrava uma equipa multidisciplinar, e assumiam a função de responsável de turno, assim no início de cada turno, competia-lhe a organização e distribuição do trabalho pelos recursos disponíveis. Para além da gestão dos cuidados, os EEESIP eram também responsáveis pela gestão dos stocks de fármacos e de material de consumo clínico, garantindo a sua reposição atempadamente, para estarem disponíveis em caso de necessidade. Isto permitiu-nos compreender que uma adequada gestão é fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados.

Também, reconhecemos os limites das nossas competências, e que estamos inseridos numa equipa multidisciplinar, por isso, sempre que necessário, procedíamos à referenciação da criança para outros profissionais de saúde.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A enfermagem surge, na perspetiva epistemológica, como sendo uma ciência humana prática, envolvendo vários padrões de conhecimento, e como uma prática baseada em evidências, num contexto específico, com experiência e ponderação pessoal, que conduz a uma maior eficácia e eficiência (Queirós, 2014). Assim, a ação de cuidar utiliza e cria conhecimento na própria ação, e nas soluções encontradas para os problemas colocados, dando origem a um saber próprio no âmbito do conhecimento específico de enfermagem (Queirós, 2014).

Os padrões de conhecimento em enfermagem, abrangem quatro dimensões, a do conhecimento empírico, estético, pessoal e ético, estes padrões, são interrelacionados, interdependentes e equiparados entre eles (Carper, 1978). O conhecimento empírico, é objetivo, descrito e verificável, tem como propósito desenvolver explicações abstratas e teóricas, para os estudos efetuados (Carper, 1978). O conhecimento estético está ligado às aptidões manuais e às técnicas envolvidas na prática de enfermagem (Carper, 1978). O conhecimento pessoal promove um encontro com a individualidade enquanto enfermeiro (Carper, 1978). E o conhecimento ético requer um entendimento filosófico, considerando o que é certo e desejável nos diferentes campos éticos desenvolvidos, para lidar com a complexidade dos julgamentos morais (Carper, 1978).

A nossa praxis clínica especializada, foi desenvolvida baseada na evidência científica, válida e atual. Através do nosso projeto, intervimos formativamente nos diferentes contextos de estágio, elaboramos o diagnóstico das necessidades, enquadrado na temática do projeto, planeamos e executamos as intervenções identificadas, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado no binómio criança/família, considerando-o como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018).

As competências do EEESIP, são as seguintes: a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Nos diferentes contextos de estágio, comunicamos com crianças/famílias de diferentes culturas, com diferentes situações socioeconómicas e níveis de conhecimento, pelo que adotamos uma postura empática, que transmita disponibilidade, para que exponham as suas preocupações e dúvidas, e transmitimos as informações em linguagem adequada a cada criança/família, validando no final se nos fizemos entender. Quando nos dirigimos à criança, adequamos a linguagem ao seu estágio de desenvolvimento e compreensão, e se possível colocamo-nos ao nível da sua altura.

Durante a consulta de vigilância de saúde infantil da UCSP validamos os conhecimentos da criança/família em relação ao seu estado de saúde e aos comportamentos promotores de saúde, e promovemos comportamentos que maximizem a saúde da criança, como a nutrição adequada, o exercício físico, a adesão ao PNV, os hábitos de sono adequados, os hábitos de higiene, a prevenção de acidentes, entre outros.

No SIP, a criança/família vivencia uma situação geradora de stress, a hospitalização, pelo que, a nossa intervenção centrou-se em assistir a família na readaptação do papel parental, para

isso integramos os pais na prestação de cuidados, sempre que possível e de acordo com a sua vontade.

Na área de pediatria da CE, considerando que as crianças referenciadas para consulta, experienciaram uma situação que pode interferir na qualidade de vida, atuamos no sentido da inclusão da criança na comunidade, avaliando os recursos disponíveis e promovendo comportamentos promotores de saúde.

A componente teórica do mestrado, assim como a nossa experiência profissional, facilitou-nos a intervenção nos casos de doenças comuns na criança, nomeadamente nas consultas de enfermagem, onde podemos fazer ensinamentos sobre massagem abdominal nos lactentes com cólicas, e sobre a realização da higiene nasal e reforço hídrico no caso da criança com tosse e rinorreia.

Na abordagem a criança/família, através da entrevista e da observação, realizamos o despiste de situações de risco de mal-estar psíquico, maus-tratos, negligência ou comportamentos de risco.

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

A nossa experiência de vários anos numa urgência pediátrica, foi uma mais valia para intervir em situação de especial complexidade, mobilizando conhecimentos e habilidades e antecipando situações de possível agravamento da situação de doença da criança. Durante o mestrado em enfermagem, tivemos oportunidade de atualizar os nossos conhecimentos em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.

A gestão diferenciada da dor, foi a área temática abrangida no nosso projeto, nos diferentes contextos de estágio podemos intervir na avaliação e controlo da dor na criança, gerindo medidas farmacológicas e implementando estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.

Na primeira consulta do recém-nascido, para realizarmos o teste de diagnóstico precoce, colocamos o recém-nascido a amamentar durante o procedimento, e constatamos que a amamentação é uma importante estratégia de controlo da dor. No SIP, quando as crianças apresentavam dor aguda, geríamos a administração de medicação analgésica prescrita, para controlo da dor e conforto da criança.

Em todos os locais de estágio, quando realizávamos procedimentos potencialmente dolorosos, utilizamos estratégias não farmacológicas de alívio da dor, individualmente ou em

associação, e podemos verificar que a associação de estratégias não farmacológicas, é mais eficaz no controlo da dor.

Num dos contextos de estágio, prestamos cuidados a um lactente com acondroplasia, uma situação rara, que era nova para nós, pelo que tivemos de recorrer à pesquisa bibliográfica, para identificar as suas necessidades específicas, de modo a intervirmos potenciando o seu melhor estado de saúde.

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A consulta de vigilância de saúde infantil da UCSP foi, sem dúvida, um local privilegiado, onde podemos avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, de acordo com as curvas de crescimento e as orientações do PNSIJ, e onde promovermos orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança. No entanto, nos outros locais de estágio, também fizemos a avaliação do desenvolvimento da criança, tendo presente, as possíveis alterações relacionadas com o seu contexto de doença.

Em todos os contextos de estágio, prestamos cuidados ao recém-nascido, o que nos possibilitou promover e incentivar a amamentação, para isso enumeramos os benefícios da amamentação para recém-nascido e para a mãe, esclarecemos dúvidas, e avaliamos e orientamos, relativamente à sucção, à adaptação do recém-nascido à mama e à posição do recém-nascido e da mãe, para que possam ultrapassar alguma dificuldade que tenha surgido.

No SIP, durante a hospitalização do recém-nascido, explicamos à família a importância do contacto com o recém-nascido, sempre que a situação clínica o permite, desmistificando a presença de cabos para monitorização de sinais vitais ou de cateter venoso para terapêutica endovenosa, para promover a vinculação.

Na consulta de enfermagem, negociamos o plano de saúde com o adolescente, salientado a importância da adoção de comportamentos promotores de saúde, valorizando a sua tomada de decisão responsável.

3.3. Competências de Mestre

Ao realizarmos o nosso projeto, desenvolvemos competências comuns e específicas do EEESIP, e em simultâneo, competências de mestre em enfermagem.

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63, 2016:3174).

Passados vários anos, da conclusão de 1º ciclo de estudos e de experiência profissional, surgiu a necessidade de integrar o 2º ciclo de estudos, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos adquiridos e desenvolver competência na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Neste ciclo de estudos, começamos pela componente teórica, que depois transportamos para a prática, para consolidar as competências durante os estágios.

A metodologia de trabalho projeto possibilitou desenvolvermos intervenções na linha de investigação “Promoção da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família”. Ao longo de todo o percurso do estágio, aplicamos conhecimento para a resolução de problemas, em situações

novas e não familiares, nomeadamente em contextos fora da nossa área de segurança, como foi o caso dos contextos de estágio, descritos neste relatório.

Durante os estágios demonstramos capacidade para integrar conhecimentos, adquirido nas unidades curriculares, na elaboração de trabalhos académicos e na pesquisa bibliográfica, de modo a lidarmos com questões complexas, na resolução de problemas, assentando sempre sobre responsabilidades éticas e sociais, numa filosofia de parceria de cuidados com a criança/família.

À medida que identificávamos as necessidades nos diferentes contextos de estágio e produzíamos conhecimento, desenvolvíamos intervenções, que eram comunicadas à equipa de enfermagem, quer através de momentos de partilha de conhecimentos, quer através das sessões de formação.

O artigo elaborado durante o estágio final, encontra-se publicado na revista indexada Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, com o título “A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática”. No VII Encontro de Benchmarking em Pediatria apresentamos um poster, como coautores, intitulado “O EMLA® na prevenção da dor nas crianças submetidas a punção cutânea” (Anexo V), que se baseou num artigo desenvolvido numa das unidades curriculares. Para além disso, a elaboração deste relatório também constitui um meio de divulgação dos conhecimentos adquiridos.

O Curso de Mestrado em Enfermagem, através dos conteúdos lecionados nas unidades curriculares e dos trabalhos concretizados, facultou-nos competências que possibilitam uma aprendizagem autónoma e auto-orientada, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

4. CONCLUSÃO

O relatório de estágio apresenta-se como instrumento de avaliação da unidade curricular de Relatório, refletindo o percurso de aprendizagens realizado no estágio I e estágio final, com enfoque na área temática do projeto: otimização de estratégias no controlo da dor na criança, e tendo como suporte a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, competências comuns do enfermeiro especialista e competências de mestre.

A dor consiste num dos maiores medos das crianças que recorrem aos serviços de saúde, sendo os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos a causa mais frequente de dor. Reconhecendo que a exposição da criança à dor afeta negativamente o seu desenvolvimento, torna-se fundamental uma gestão adequada de estratégias não farmacológicas, de forma isolada ou em complementaridade com as farmacológicas, na prevenção e alívio da dor. Foi com base nesta reflexão que nos surgiu a necessidade de sensibilizar as equipas de cuidados de saúde para o controlo da dor na criança.

Para isso, guiamo-nos pela metodologia de projeto, elaborando um diagnóstico de situação, uma planificação das atividades e a sua execução, adaptado a cada contexto de estágio, de modo a obter ganhos efetivos em relação à temática do controlo da dor na criança.

O desenvolvimento das atividades específicas, tendo em conta o diagnóstico de situação de cada contexto de estágio, permitiu um envolvimento e interesse das equipas, por esta temática, provendo-as de conhecimentos e instrumentos para promover uma gestão da dor na criança adequada. Posto isto, consideramos que o balanço das atividades desenvolvidas foi positivo, e que possibilitamos a implementação de novos desafios na equipa de enfermagem, atividades essas que foram suportadas pela evidência científica e pelo pensamento crítico e reflexivo, e demonstraram as competências de mestre e enfermeiro especialista, que desenvolvemos ao longo deste percurso.

Consideramos que atingimos os objetivos delineados para o presente relatório, pois descrevemos e analisamos o percurso efetuado desde o estágio I até ao estágio final, numa perspetiva reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e das competências de mestre, tendo por base o enquadramento concetual efetuado.

Na procura da excelência do cuidar em enfermagem, pretendemos dar continuidade ao projeto iniciado, transpondo todos os ganhos para o nosso contexto de trabalho, pois consideramos que, apesar de ser uma área amplamente falada, ainda existe muito potencial para desenvolver na temática do controlo da dor na criança. Pretendemos também, divulgar os conhecimentos adquiridos e desenvolver e implementar projetos que englobem esta mesma temática.

Com a realização deste relatório e posterior discussão em provas publicas, damos por concluído o ciclo de estudos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da Criança: sentimento e opiniões dos pais. *Revista INFAD de Psicologia*, 2(1) (abril), 125-132. Disponível em: <http://www.inf1ad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1201/1044>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED] (s.d.). *O que é a dor?*. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado R. & Santos P. (2014). Dor Pediátrica em Portugal: Resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 99-106. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2723>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carper, B. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Disponível em: http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. Diário da República: Série I, nº 176. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13 (junho), 43-51. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular normativa 014/2010. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=16946>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>
- European Association for Children in Hospital [EACH] (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de Apoio à criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15 (janeiro-março). Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

- Galvão, T. & Pereira, M. (2014). Revisões Sistemáticas da Literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1) (janeiro-março), 183-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (s.d.). *Diagnóstico Precoce: Colheitas*. Disponível em: <http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., . . . Ford, D. (2008). *Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System*. Bethesda: Institute for Patient- and Family Centered Care. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
- Jukes, M. & Aldridge, J. (2007). Models for practice Neuman's Systems Model. *Person-centred practices: a holistic and integrated approach*, 32-50. Londres: Quay Books. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256686465_Neuman's_Systems_Model
- Lei n.º 156 (16 de setembro de 2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. 8059-8105. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Martins, T. & Silvino, Z. (2010). Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da Teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, vol. 15, n.º 2 (abril-junho), 340-344. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17873/11663>
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto-Enfermagem*, 18 (1), 165-169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>

- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), 323-332. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>
- Nóbrega, M. & Barros, A. (2001). Modelos assistências para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 54, nº 1 (janeiro-março), 74-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a09.pdf>
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2010) – *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Cadernos OE. Série 1, número 3. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2013) – *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Série 1, número 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Queirós, P. (2014). Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 776-781. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00776.pdf
- Santos, I. & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (26), 606-12. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10803/10539>
- Srouji, R., Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, vol. 2010 (1-11). Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2010/474838/>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.: Loures.
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Universidade de Évora [UE] (2016a). *Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem*. Évora. Disponível em: [http://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](http://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)
- Universidade de Évora [UE] (2016b). *Documento orientador para docentes e estudantes no que se refere às indicações gerais para os Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem*. Évora
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da UE para a realização do projeto “O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”



Documento	1	8	0	3	8
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

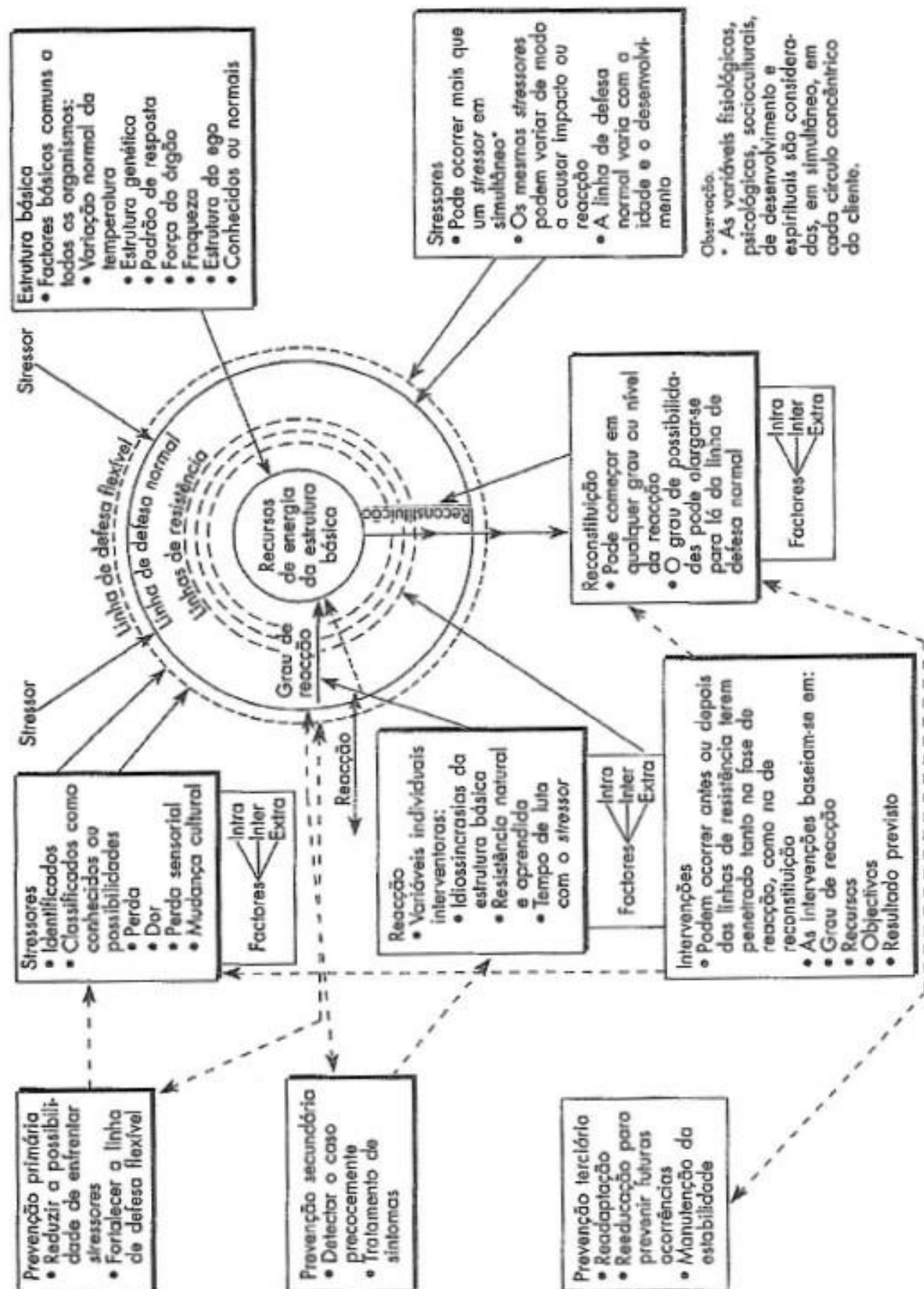
para a realização do Projeto "*O controlo da dor na criança: otimizar estratégias*" da investigadora **Neuza Marta Sanches Ameixa Alves** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Antónia Chora (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo II – Diagrama do Modelo de Sistemas de Saúde de Betty Neuman



(Allgood & Tomey, 2004)

Anexo III – Instrumentos de avaliação da intensidade da dor

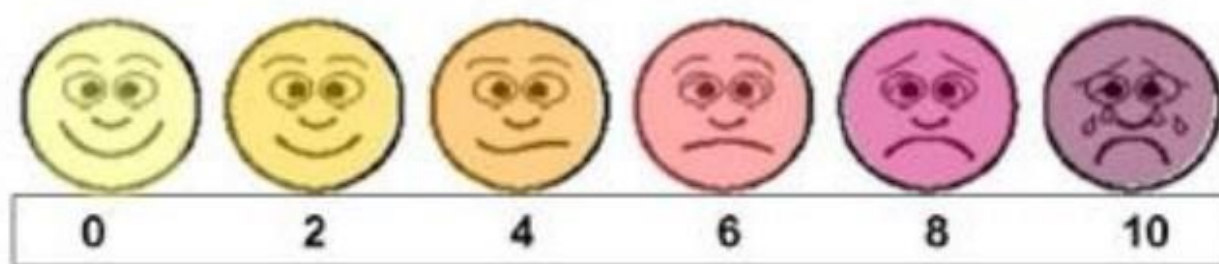
ESCALA DE DOR NIPS			
PARAMETRO/SCORE	0	1	2
Expressão Facial	Calmo (músculos relaxados, expressão neutra)	"Careta" (músculos faciais contraídos, sobranceiras franzidas, maxilares cerrados)	
Choro	Não chora	Choraminga (gemido intermitente)	Choro vigoroso (grita, tom agudo e contínuo).
Características da Respiração	Calmo (padrão habitual para a criança)	Mudança na frequência (mais rápida, pausas respiratórias) e ritmo irregular	
Braços	Relaxados, sem rigidez muscular, movimentos ocasionais dos braços	Extensão/Flexão (tensos, esticados ou em extensão/flexão rápida)	
Pernas	Relaxadas, sem rigidez muscular, movimentos ocasionais das pernas	Extensão/Flexão (tensas, esticadas ou em extensão/flexão rápida)	
Estado de Sono/Repouso	Dorme/ acordado (calmo/tranquilo)	Irrequieto (alerta, desassossegado, agitado)	

Até 1 mês de idade.

ESCALA FLACC			
PARAMETRO/SCORE	0	1	2
Face	Nenhuma expressão particular ou sorri	Careta ocasional ou face franzida, isolamento, desinteresse	Face franzida frequente e constante, mandíbulas cerradas, tremor no queixo
Pernas	Posição normal ou relaxada	Aagitadas, inquietas, contraídas	Chuta ou atira as pernas
Actividade	Deitado quieto, posição normal, movimentos fáceis	Contorce-se, balança para a frente e para trás, tenso	Arqueado, rígido ou com espasmos
Choro	Não chora (desperto ou dormindo)	Geme ou choraminga, queixa ocasional	Chora constantemente, grita ou soluça, queixas frequentes
Consolabilidade	Satisfeito, relaxado	Conforto ao toque, colo ou fala ocasional, facilmente distraível	Difícil de consolar ou confortar

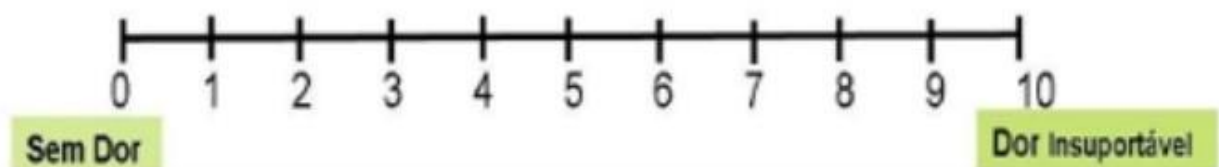
A partir dos 2 meses de idade

Escala de faces Wong Baker



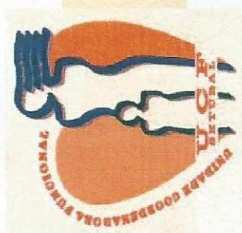
A partir dos 3 anos.

ESCALA NUMÉRICA DE 0 A 10



A partir dos 6 anos.

Anexo IV – Certificado de Participação no “XIV Encontro da UCF de Setúbal”

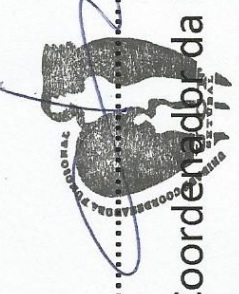


UCF - UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL DE SETÚBAL

CERTIFICA que Neuza Santa Senhores Amorim Alves participou
no **XIV ENCONTRO da UCF de SETÚBAL** realizado nos dias 25 e 26
de maio de 2017, com o total de 14 horas.

Setúbal, 26 de maio de 2017



.....

O Coordenador da UCF

Anexo V – Certificado de participação como coautora do poster “O EMLA® na prevenção da dor nas crianças submetidas a punção cutânea”



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

Neuza Ameixa Alves

participou no **VII Encontro de Benchmarking em Pediatria**, nos dias **16 e 17 de Novembro de 2018**, no Campus de Gambelas da Universidade do Algarve, em Faro, enquanto **Coautor do Póster**:

O EMLA® na prevenção da dor nas crianças submetidas a punção cutânea

Coautores:

Cláudia Sofia Tapadas

Marlene Teixeira Domingues (apresentado por)

Faro, 17 de Novembro de 2018.

A Bastonária

Assinatura manuscrita de Ana Rita Pedroso Cavaco em azul.

Ana Rita Pedroso Cavaco

APÊNDICES

APÊNDICE I – “Kit de Controlo da Dor na Criança”

KIT DE CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA					
Idade	Lactente 0-12 meses	Toddler 1-3 anos	Pré-escolar 4-6 anos	Escolar 7-11 anos	Adolescente 12-18 anos
Brinquedo terapêutico / Estratégia não farmacológica	- Amamentar antes e durante o procedimento; - Glicose a 30%, 2ml de solução oral, 2 minutos antes do procedimento; - Chupeta (apenas aos lactentes que já utilizam); - Brinquedos com cores vivas ou sons: roca, bola com espelho ou som, livros com música; - Jogo do “esconde-esconde”; - Música para bebés.	- Boneco para servir de modelo e material didático, como pensos e ligaduras; - Instrumentos musicais como o tambor, a pandeireta ou o xilofone; - Jogos de encaixe; - Livros coloridos com histórias; - Material como lápis e papel para desenho; - Bolas de sabão; - Relaxamento através de exercícios respiratórios; - Diplomas de bom comportamento; - Música para crianças.	- Boneco para servir de modelo e material didático, como pensos, ligaduras e seringas; - Fantoches ou bonecos variados; - Livros com histórias, que podem estar relacionadas com a saúde; - Material como lápis e papel para desenho; - Bolas de sabão; - Relaxamento através de exercícios respiratórios; - Diplomas de bom comportamento; - Música para crianças.	- Material didático, como pensos, ligaduras e seringas, para manipular; - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Relaxamento através de exercícios respiratórios; - Livros de temáticas diversas; - Jogos: <i>puzzles</i>, palavras cruzadas, sopa de letras; - Bola colorida antistress; - Música.	- Explicação e demonstração dos procedimentos; - Relaxamento através de exercícios respiratórios; - Jogos: <i>puzzles</i>, palavras cruzadas, sopa de letras; - Bola colorida antistress; - Música.

APÊNDICE II – Plano da sessão de formação da UCSP: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”

Plano da Sessão de Formação

1 – Planeamento

Data: A designar.

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Sebastião.

Duração: 20 minutos.

Formadora: Enf.^a Neuza Alves.

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge perante a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para otimizar a avaliação da dor na criança e aplicação de estratégias de controlo da dor, de acordo com a faixa etária.

Tema: O controlo da dor na criança: otimizar estratégias.

Destinatários: Equipa de enfermagem da UCSP.

Objetivos pedagógicos:

- ✓ Identificar instrumentos de avaliação da dor na criança, de acordo com a faixa etária;
- ✓ Identificar estratégias de controlo da dor na criança, de acordo com a faixa etária e com as características da dor;
- ✓ Apresentar o "Kit de Controlo da Dor na Criança".

Metodologia: Utilização do método expositivo com recurso a computador e *datashow*.

Recursos: Formadora, computador, *datashow*, instrumentos de avaliação da dor e "Kit sem Dor".

Metodologia de Avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de questionários.

2 – Plano de Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formador
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: Apresentação do formador e do tema.	Expositiva		Formador	2 min.	Enf. ^a Neuza Alves
Desenvolvimento: Dor na criança; Avaliação da dor na criança; Estratégias de controlo da dor na criança; Kit de Controlo da Dor na Criança.	Expositiva	Computador <i>Datashow</i>	Formador Instrumentos de avaliação da dor Normas da instituição	15 min.	
Avaliação: Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão.	Ativa		Formador Questionários de avaliação da sessão	3 min.	

APÊNDICE III – Plano da sessão de formação da CE: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”

Plano da Sessão de Formação

1 – Planeamento

Data: 25 de outubro de 2017.

Local: Consulta Externa I, Hospital São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Duração: 20 minutos.

Formadora: Enf.^a Neuza Alves.

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge perante a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para otimizar a avaliação da dor na criança e aplicação de estratégias de controlo da dor, de acordo com a faixa etária.

Tema: O controlo da dor na criança: otimizar estratégias.

Destinatários: Equipa de enfermagem da Consulta Externa I.

Objetivos pedagógicos:

- ✓ Reconhecer os procedimentos que podem causar dor na criança;
- ✓ Identificar instrumentos de avaliação da dor na criança, de acordo com a faixa etária;
- ✓ Identificar estratégias de controlo da dor na criança, de acordo com a faixa etária e com as características da dor.

Metodologia: Utilização do método expositivo com recurso a computador e *datashow*.

Recursos: Formadora, computador, *datashow*, instrumentos de avaliação da dor e normas da instituição.

Metodologia de Avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de questionários.

2 – Plano de Formação

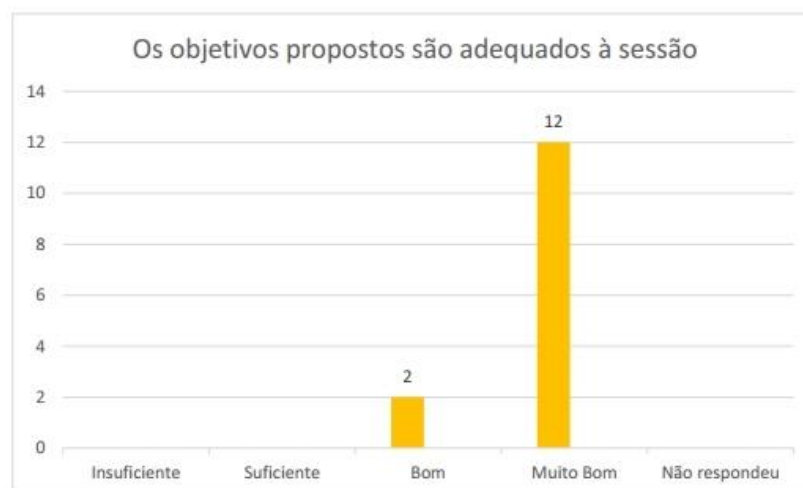
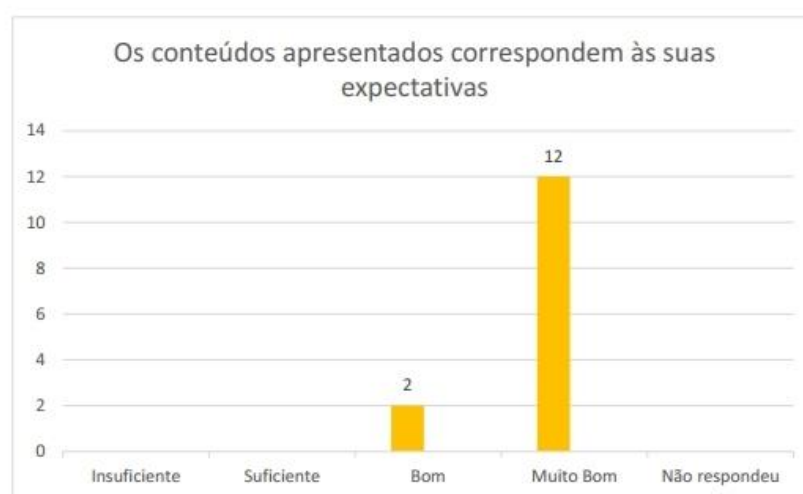
Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formador
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: Apresentação do formador e do tema.	Expositiva		Formador	2 min.	Enf. ^a Neuza Alves
Desenvolvimento: Dor na criança; Avaliação da dor na criança; Estratégias de controlo da dor na criança.	Expositiva	Computador <i>Datashow</i>	Formador Instrumentos de avaliação da dor Normas da instituição	15 min.	
Avaliação: Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão.	Ativa		Formador Questionários de avaliação da sessão	3 min.	

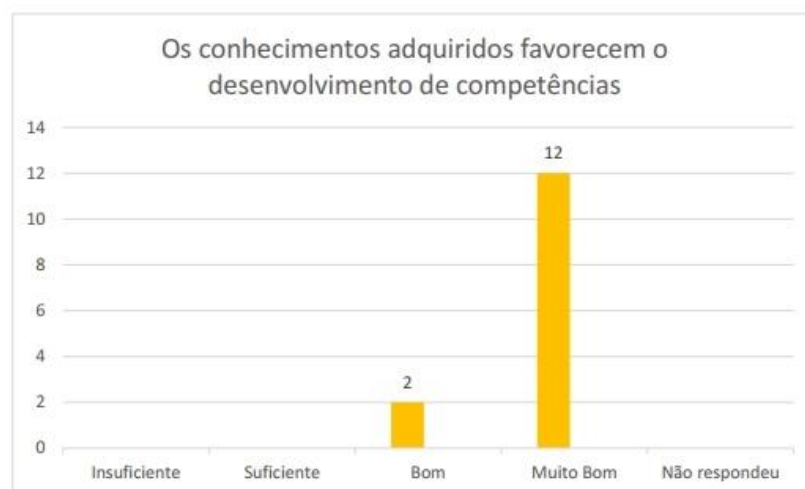
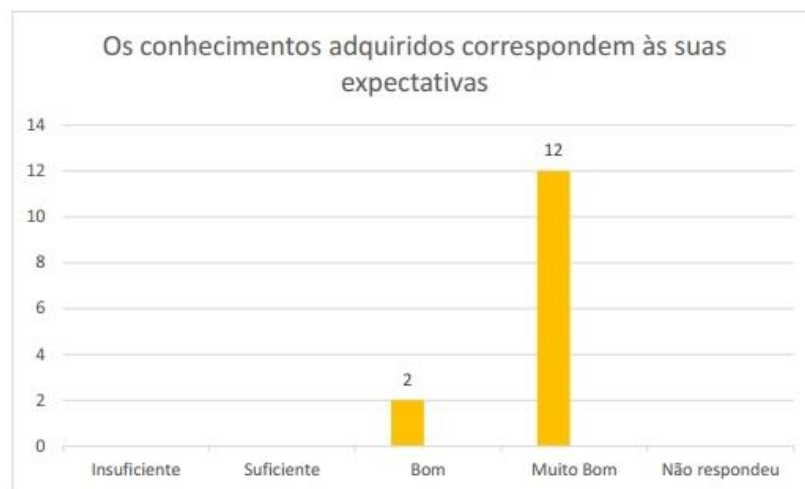
APÊNDICE IV – Resultados da avaliação da sessão de formação da CE

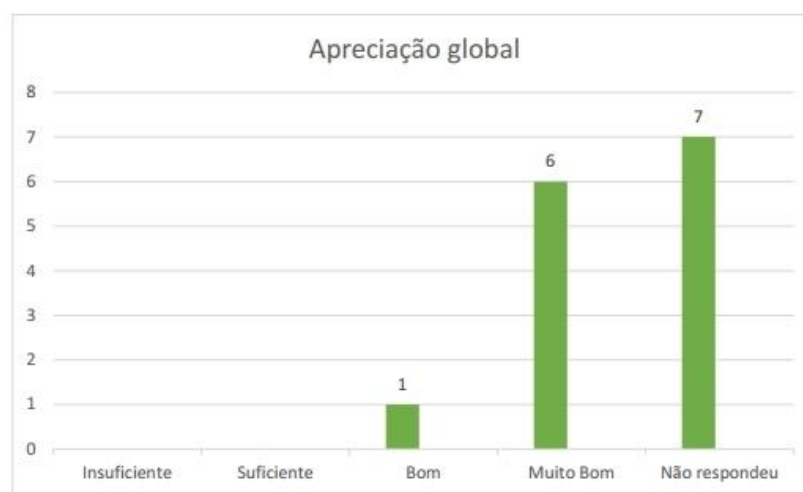
Avaliação da Sessão de Formação realizada na Consulta Externa

“O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”

A avaliação da sessão foi realizada através da aplicação de um questionário dirigido aos formandos. Assistiram à formação 14 enfermeiros.







Nos primeiros quatros aspetos avaliadas 2 enfermeiros classificaram a sessão em Bom e 12 em Muito Bom, em relação à apreciação global da sessão 1 enfermeiro avaliou em Bom, 6 em Muito Bom e 7 não responderam.

Quando questionados se a sessão terá impacto positivo ao nível do seu desempenho 13 enfermeiros responderam que sim e 1 respondeu que não.

Sugestões/observações: “Foi esclarecedor para a equipa e permite a adequação das outras áreas” (SIC).

APÊNDICE V – Folha de registo da avaliação da dor na criança

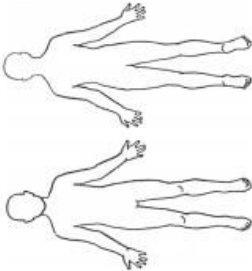
Avaliação da dor na criança

(Proposta de registo)

Nome: _____

Idade: _____ Nº de processo: _____

1. Localização e características da dor:



- ☐ Dor aguda
- ☐ Procedimento
- ☐ Pós-cirúrgica
- ☐ Trauma
- ☐ Outra _____

☐ Dor crónica

2. Instrumento utilizado para avaliação da dor:

- ☐ NIPS
- ☐ Escala de faces Wong Baker
- ☐ FLACC
- ☐ Escala numérica

3. Avaliação inicial da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

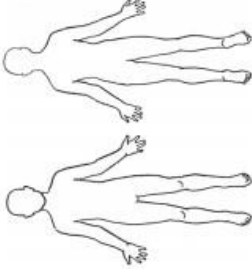
Avaliação da dor na criança

(Proposta de registo)

Nome: _____

Idade: _____ Nº de processo: _____

1. Localização e características da dor:



- ☐ Dor aguda
- ☐ Procedimento
- ☐ Pós-cirúrgica
- ☐ Trauma
- ☐ Outra _____

☐ Dor crónica

2. Instrumento utilizado para avaliação da dor:

- ☐ NIPS
- ☐ Escala de faces Wong Baker
- ☐ FLACC
- ☐ Escala numérica

3. Avaliação inicial da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

4. Estratégias não farmacológicas aplicadas:

☐ Amamentação

☐ Distração

☐ Imaginação guiada

☐ Modelação/ensaio comportamental

☐ Reforço positivo

☐ Exercícios respiratórios

☐ Contenção com lençol/manual

☐ Glicose a 30%/Sacarose 24%

☐ Massagem

☐ Preparação

☐ Sucção não nutritiva

☐ Outra: _____

5. Estratégias farmacológicas aplicadas:

☐ EMLA®

☐ Ibuprofeno

☐ Paracetamol

☐ Outra: _____

6. Avaliação da dor durante a aplicação de estratégias de controlo da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

7. Avaliação da dor após a aplicação de estratégias de controlo da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

Observações: _____

Data: ____/____/____ Enfermeiro/Nº mec.: _____

4. Estratégias não farmacológicas aplicadas:

☐ Amamentação

☐ Distração

☐ Imaginação guiada

☐ Modelação/ensaio comportamental

☐ Reforço positivo

☐ Exercícios respiratórios

☐ Contenção com lençol/manual

☐ Glicose a 30%/Sacarose 24%

☐ Massagem

☐ Preparação

☐ Sucção não nutritiva

☐ Outra: _____

5. Estratégias farmacológicas aplicadas:

☐ EMLA®

☐ Ibuprofeno

☐ Paracetamol

☐ Outra: _____

6. Avaliação da dor durante a aplicação de estratégias de controlo da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

7. Avaliação da dor após a aplicação de estratégias de controlo da dor:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIPS							FLACC		
							Escala de faces Wong Baker		
							Escala Numérica		

Observações: _____

Data: ____/____/____ Enfermeiro/Nº mec.: _____

APÊNDICE VI – Questionário de aplicação à equipa de enfermagem do SIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOSÉ DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Oporto Alegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

QUESTIONÁRIO

No âmbito do curso do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pretendo desenvolver um projeto, inserido na linha de investigação da segurança e qualidade vida, com o tema: O controlo da dor na criança: otimizar estratégias.

Com este questionário pretendo aferir a opinião dos enfermeiros, do Serviço de Internamento de Pediatria, relativamente à avaliação da dor na criança, aos instrumentos de avaliação da dor, e às estratégias utilizadas no controlo da dor, com a finalidade de delinear intervenções para otimizar essas estratégias.

Este questionário é anónimo. Para responder coloque "X" na resposta que considere mais adequada. Não existem respostas certas ou erradas. O tempo de preenchimento estimado é inferior a 5 minutos.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Neuza Marta Sanches Ameixa Alves

Enfermeira orientadora: Antónia Guerreiro

Professora orientadora: Maria Antónia Chora

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. ☐

A - Caracterização da Equipa de Enfermagem

1. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade:

☐ < 30 anos

☐ 30 a 39 anos

☐ 40 a 49 anos

☐ 50 a 59 anos

☐ > 60 anos

3. Habilitações literárias:

☐ Bacharelato em Enfermagem

☐ Pós-Graduação

☐ Licenciatura em Enfermagem

☐ Mestrado

☐ Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem

☐ Doutoramento

Área de Especialização _____

4. Tempo de experiência profissional:

☐ 0 a 4 anos

☐ 5 a 9 anos

☐ 10 a 14 anos

☐ 15 a 19 anos

☐ > 20 anos

B – Controlo da dor na criança

6. Considera importante a avaliação da dor na criança:

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

7. Habitualmente avalia e regista a dor da criança: (se responder sim passe para a questão seguinte, se responder não passe para a questão 10)

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

8. Habitualmente utiliza os instrumentos de avaliação da dor disponibilizados pelo sistema de informação em uso no serviço (SClinico):

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

9. Adequa o instrumento de avaliação da dor, à faixa etária da criança e situação clínica:

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

10. Considera importante a utilização de estratégias de controlo da dor na criança:

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

11. Habitualmente aplica estratégias de controlo da dor na criança: (se responder sim passe para a questão seguinte, se responder não passe para a questão 14)

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

12. Quais as estratégias de controlo da dor que habitualmente aplica: (se responder não farmacológicas ou ambas passe para a questão seguinte, se responder farmacológicas passa para a questão 14)

- ☐ Farmacológicas ☐ Não farmacológicas ☐ Ambas

13. Das estratégias não farmacológicas de controlo da dor, quais as que habitualmente aplica:

- | | |
|--|--|
| ☐ Amamentação | ☐ Contenção com lençol/manual |
| ☐ Distração | ☐ Glicose a 30%/Sacarose 24% |
| ☐ Imaginação guiada | ☐ Massagem |
| ☐ Modelação/ensaio comportamental | ☐ Preparação |
| ☐ Reforço positivo | ☐ Sucção não nutritiva |
| ☐ Exercícios respiratórios | ☐ Outras _____ |

14. Após a aplicação de estratégias de controlo da dor, habitualmente reavalia e regista a dor da criança:

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

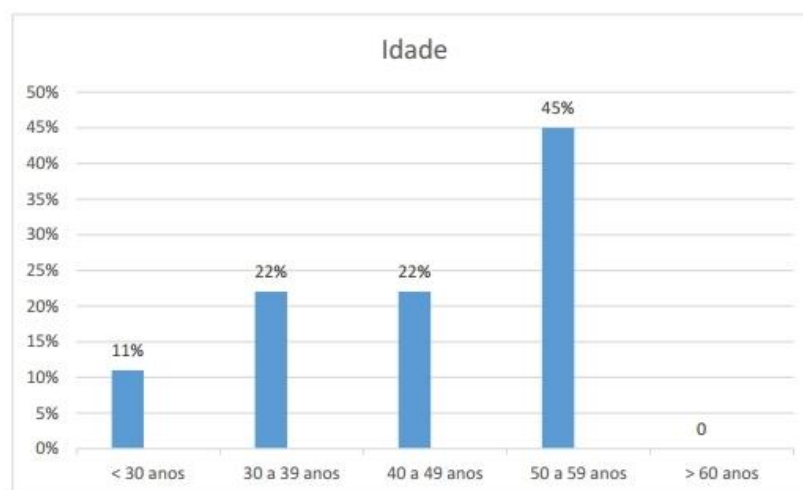
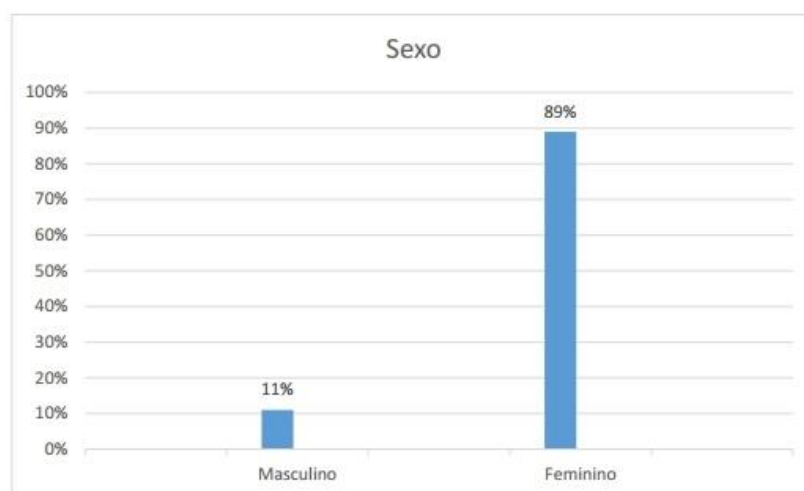
Obrigada pela sua colaboração.

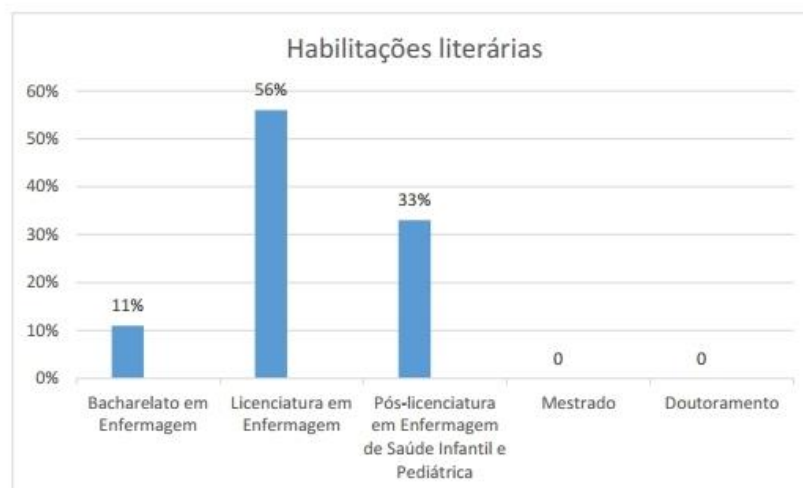
APÊNDICE VII – Resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem do SIP

Resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria

A equipa de enfermagem é constituída por 17 elementos, foi recolhido um total de 9 questionários preenchidos, que corresponde a 52,9% da equipa.

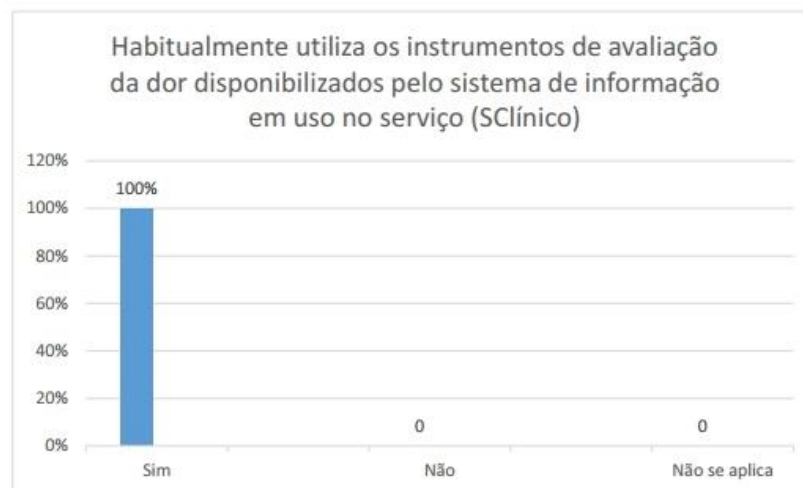
A – Caracterização da equipa de enfermagem

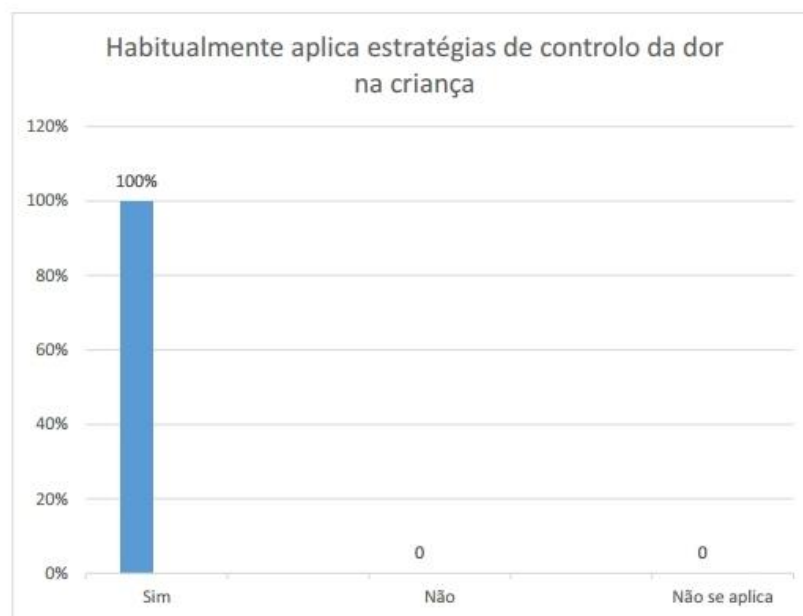


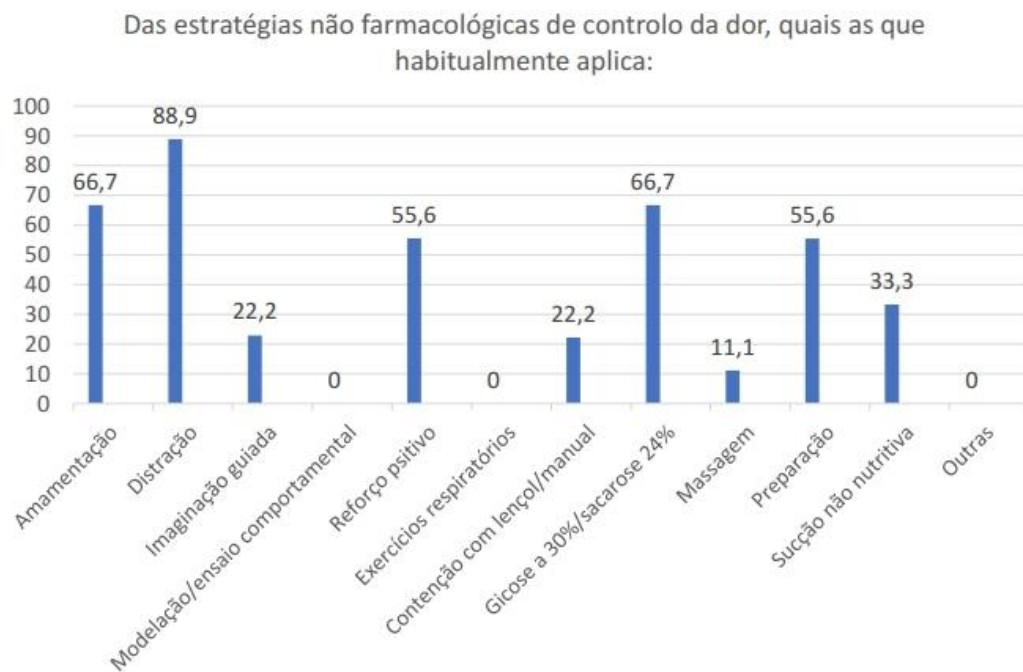
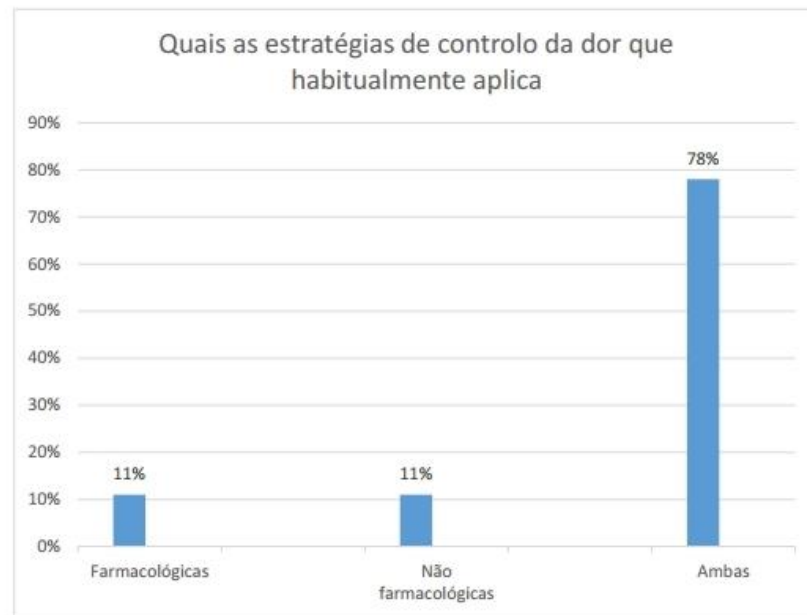


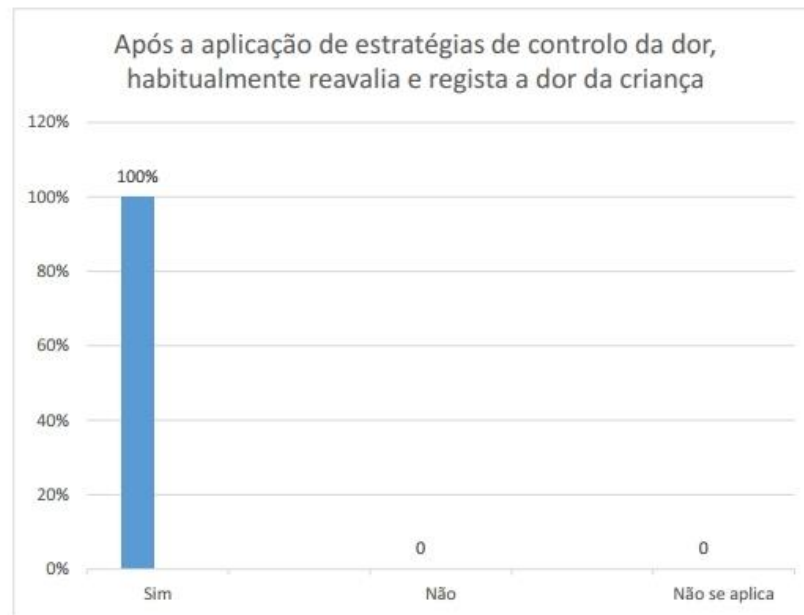
B – Controlo da dor na criança











A caracterização da equipa: 89% é do sexo feminino e 11% do sexo masculino; 11% tem idade inferior a 30 anos, 22% tem entre os 30 e os 39 anos, 22% tem entre os 40 e os 49 anos e 45% tem entre os 50 e os 59 anos; como habilitações literárias 11% possui o bacharelato em enfermagem, 56% a licenciatura em enfermagem e 33% a pós-licenciatura em ESIP; e como tempo de experiência profissional 11% tem entre 5 e 9 anos, 22% entre 10 e 14 anos, 11% entre 15 e 19 anos e 56% mais de 20 anos.

No controlo da dor na criança:

- 100% dos inquiridos responderam sim às seguintes questões: “considera importante a avaliação da dor na criança; habitualmente avalia e regista a dor da criança; habitualmente utiliza os instrumentos de avaliação da dor disponibilizados pelo sistema de informação em uso no serviço (SClinico), adequa o instrumento de avaliação da dor à faixa etária da criança e situação clínica, considera importante a utilização de estratégias de controlo da dor na criança; e habitualmente aplica estratégias de controlo da dor na criança”.
- À questão “quais as estratégias de controlo da dor que habitualmente aplica”: 11% dos inquiridos respondeu farmacológicas, 11% não farmacológicas e 78% ambas;
- À questão “das estratégias não farmacológicas de controlo da dor, quais as que habitualmente aplica”: 88,9% dos inquiridos responderam distração; 66,7% amamentação e glicose a 30%/Sacarose 24%; 55,6% reforço positivo e preparação; 33,3% sucção não nutritiva; 22,2% imaginação guiada e contenção com lençol/manual; e 11,1% massagem.
- 100% dos inquiridos respondeu sim à questão “após a aplicação de estratégias de controlo da dor, habitualmente reavalia e regista a dor da criança”.

APÊNDICE VIII – Plano da sessão de formação do SIP: “Controlo da dor na criança: otimizar estratégias”

Plano da Sessão de Formação

1 – Planeamento

Data: 20 de dezembro de 2017.

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Duração: 30 minutos.

Formadora: Enf.^a Neuza Alves.

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge perante a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para otimizar a avaliação da dor na criança e aplicação de estratégias de controlo da dor, de acordo com a faixa etária.

Tema: O controlo da dor na criança: otimizar estratégias.

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria.

Objetivos pedagógicos:

- ✓ Apresentar os resultados dos questionários aplicados no Serviço de Internamento de Pediatria;
- ✓ Identificar instrumentos de avaliação da dor na criança, de acordo com a faixa etária e características da criança;
- ✓ Identificar estratégias de controlo da dor na criança, de acordo com a faixa etária e com as características da dor.

Metodologia: Utilização do método expositivo com recurso a computador e *datashow*.

Recursos: Formadora, computador e *datashow*.

Metodologia de Avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de questionários.

2 – Plano de Formação

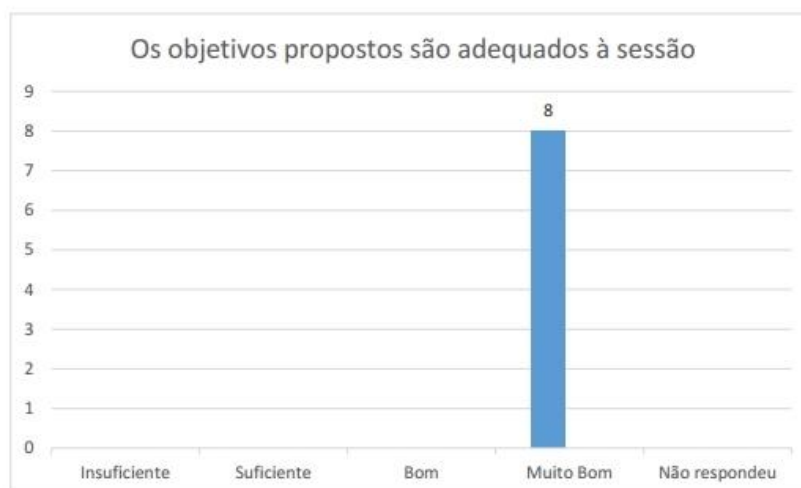
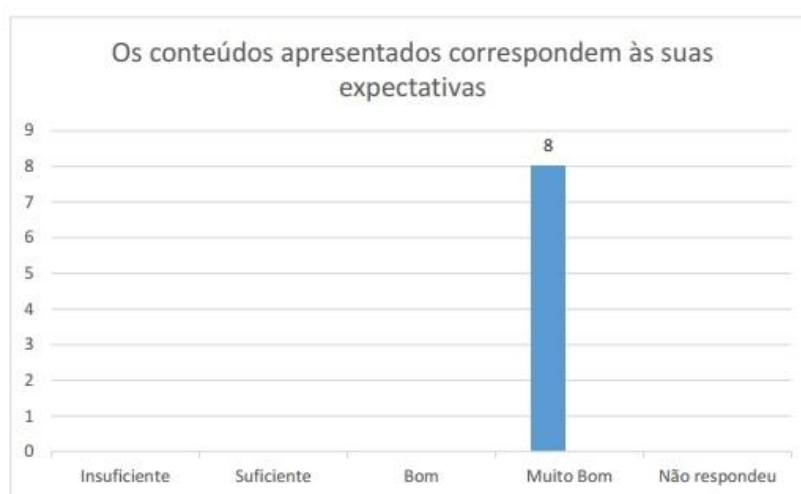
Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formador
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: Apresentação do formador e do tema.	Expositiva		Formador	2 min.	Enf. ^a Neuza Alves
Desenvolvimento: Apresentação dos resultados dos questionários; Dor na criança; Avaliação da dor na criança; Estratégias de controlo da dor na criança.	Expositiva	Computador Datashow	Formador Instrumentos de avaliação da dor Normas da instituição	25 min.	
Avaliação: Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão.	Ativa		Formador Questionários de avaliação da sessão	3 min.	

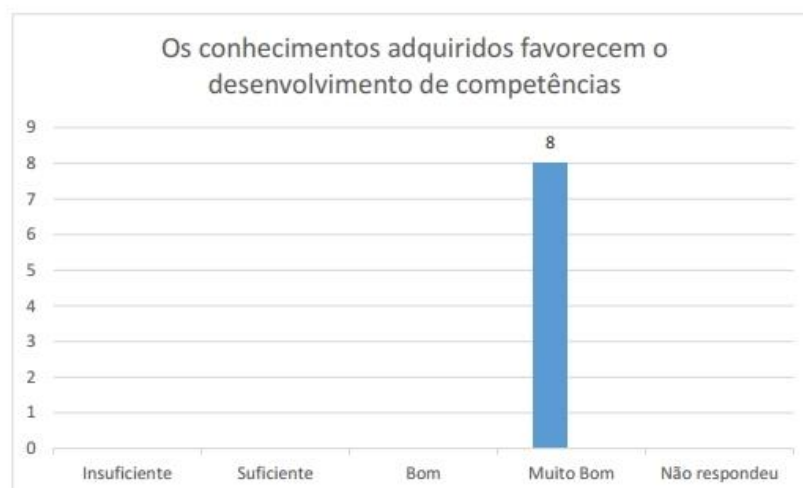
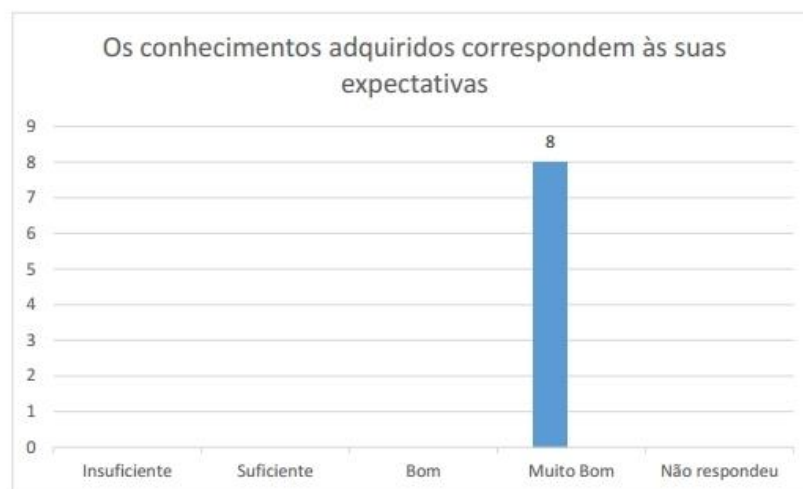
APÊNDICE IX – Resultados da avaliação da sessão de formação do SIP

Avaliação da Sessão de Formação realizada o Serviço de Internamento de Pediatria

“O controlo da dor na criança: otimizar estratégias”

A avaliação da sessão foi realizada através da aplicação de um questionário dirigido aos formandos. Assistiram à formação 8 enfermeiros.







Nos primeiros quatro aspetos avaliados os 8 enfermeiros classificaram a sessão em Muito Bom, em relação à apreciação global da sessão 4 enfermeiros avaliaram em Muito Bom e 4 não responderam.

Quando questionados se a sessão terá impacto positivo ao nível do seu desempenho os 8 enfermeiros responderam que sim.

Sugestões/observações: “Relembrar conceitos e comportamentos” (SIC); “Aprendizagem de novas estratégias” (SIC); “Para os profissionais: das escalas do SClínico definir as adequadas para a pediatria, reforçar a atenção na resposta da escala adequada, reavaliação e registo de quais as estratégias não farmacológicas utilizadas” (SIC).