

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem 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

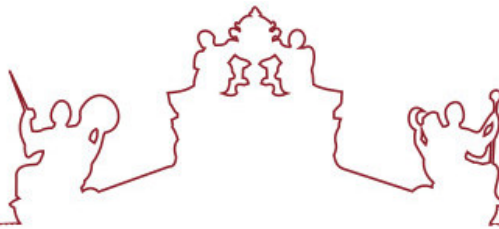
Relatório de Estágio

**Atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor no
primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas**

Lilian de Jesus Lobo Brás

Orientador(es) | Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem 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

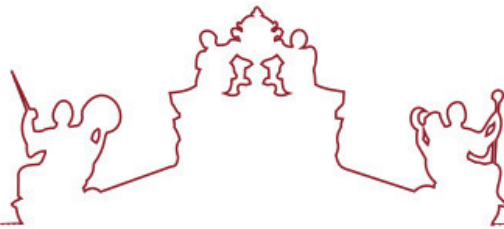
Relatório de Estágio

Atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Lilian de Jesus Lobo Brás

Orientador(es) | Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata

Évora 2022



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

- Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)
- Vogais | Ana Lúcia Caeiro Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

A minha eterna e amada filha Karoliny Ferreira

Você ganha força, coragem e confiança através de cada experiência em que você realmente para e encara o medo de frente.

Eleanor Roosevelt

Resumo

Título: Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas.

O controlo da dor em idade pediátrica, é um desafio a prática clínica existente nos dias de hoje. Recém-nascidos e lactentes são submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, nas instituições de saúde. A utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor é de responsabilidade da equipa multidisciplinar, cabe ao enfermeiro planear e executar as intervenções necessárias para controlo da dor. Evitando experiências dolorosas que podem acarretar consequências nefastas a nível comportamental e de neuro-desenvolvimento.

Foi desenvolvido um Projeto de Estágio e aplicado transversalmente, nos diferentes contextos de cuidados visando implementar o uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Com o intuito de capacitar e sensibilizar os enfermeiros para a utilização destas intervenções, foi desenvolvido um estudo que descreve as intervenções não farmacológicas realizadas no âmbito do alívio da dor.

Seguindo à Metodologia de Projeto e incluindo a linha de investigação das “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, o projeto é fundamentado na uniformização e implementação de práticas que consistam na transmissão de informação pertinente entre níveis de cuidados, de forma a promover a continuidade dos mesmos.

O atual relatório descreve todo o percurso formativo da mestranda, assim como, a implementação do Projeto de Intervenção durante os estágios e a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre.

Palavras – Chaves: Procedimentos dolorosos; Intervenções não Farmacológicas; Recém-nascidos; Lactentes.

Abstract

Title: Role of the Specialist Nurse in pain control in the first year of life: non-pharmacological interventions.

Pediatric pain control is a challenge to existing clinical practice today. Newborns and infants are subjected to numerous painful procedures in the first year of life, in health institutions. The use of non-pharmacological interventions for pain relief is the responsibility of the multidisciplinary team, it is up to the nurse to plan and execute the necessary interventions to control pain. Avoiding painful experiences that can have harmful consequences at the behavioral and neurodevelopmental level.

An Internship Project was developed and applied transversally, in different care contexts, aiming to implement the use of non-pharmacological interventions in painful procedures in the first year of life.

In order to train and sensitize nurses to the use of these interventions, a study was developed that describes the non-pharmacological interventions carried out in the context of pain relief.

Following the Project Methodology and including the line of investigation of “needs in nursing care in specific populations”, the project is based on the standardization and implementation of practices that consist of the transmission of relevant information between levels of care, in order to promote the continuity of them.

The current report describes the entire training course of the Master's student, as well as the implementation of the Intervention Project during the internships and the reflective analysis of the development of common and specific skills of Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing and Master.

Keywords: Painful procedures; Non-Pharmacological Interventions; newborns; Infants.

Agradecimentos

A Deus por me manter de pé e me fazer levantar da cama todos os dias e ser forte diante desse momento tão difícil que a vida me reservou.

A minha filha Karoliny que é a minha essência e sempre estará presente na minha vida por toda a minha existência.

Ao meu marido Pedro Brás e ao meu filho Nuno Diogo por toda dedicação e força...

A professora Margarida Malcata, pela orientação e acompanhamento e por todo apoio e compreensão nos últimos meses, que não me deixou desistir nos momentos mais difíceis...

Por último, mas igualmente importante, devo um especial agradecimento, a todos os meus amigos e família que não me soltaram a mão quando eu mais precisei do fundo do meu coração, só tenho de agradecer toda a força transmitida, por não deixarem de me apoiar e motivar a seguir em frente.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE APÊNDICES.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
ÍNDICE DE QUADROS	10
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	11
INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	18
1.1. DOR EM IDADE PEDIÁTRICA.....	18
1.2. TEORIA DO CONFORTO: CONTROLO DA DOR.....	22
1.3. PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDO E LACTENTES.....	25
1.4. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS.....	29
2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO	39
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	42
2.1.1. Unidade de saúde familiar	42
2.1.2. Serviço de Urgência Pediátrica.....	46
2.1.3. Internamento de Pediatria.....	47
2.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)	49
2.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	50
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	55
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	56
3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	57
3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO.....	61
3.4. EXECUÇÃO DO PROJETO.....	70
3.5. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROJETO	75
4. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS.....	77

4.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	78
4.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	85
4.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Plano da Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas”	CV
APÊNDICE B – Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas.”	cvii
APÊNDICE C – Plano da Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas”	cxiii
APÊNDICE D – Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas.”	cxvi
APÊNDICE E – Proposta de Norma de Procedimento – Glucose à 30%.....	cxxv
APÊNDICE F – Guião de Boas Praticas.....	cxxxiii
APÊNDICE G – Poster – Internamento de Pediatria.....	cxlv
APÊNDICE H – Resumo Scoping Review “Medidas não farmacológica para alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida”	cxlvii
APÊNDICE I – Proposta de norma de procedimento no serviço UCIN.....	cl
APÊNDICE J – Cronograma de Atividades de Estágio.....	clxii
APÊNDICE K – Cronograma de Estágio	clxiv
APÊNDICE L – Proposta do Projeto de Estágio.....	clxvi
APÊNDICE M – Questionário utilizado USF.....	clxxi
APÊNDICE N – Certificado de SAV.....	clxxiii
APÊNDICE O - “Certificado do I congresso Internacional de Enfermagem da criança e adolescente”	clxxv
APÊNDICE P - “Saúde Mental e Neuro desenvolvimento: O diagnóstico no Bebê e na Criança baseado na DC: 0-5”.....	clxxvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Metodologia de Trabalho de Projeto	40
Figura 2 - Técnica de Análise SWOT.	59
Figura 3 - Dados do questionário (Apêndice M).	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT.....	60
Quadro 2 – Atividades e estratégias planeadas na USF.....	65
Quadro 3 – Atividades e estratégias planeadas na SUP.....	66
Quadro 4 – Atividades e estratégias planeadas no Internamento de Pediatria.....	68
Quadro 5 – Atividades e estratégias planeadas na UCIN.....	69

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AAP - American Academy of Pediatrics

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EC - Estudo de caso

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

EPALS - European Paediatric Advanced Life Support

IAC - Instituto de apoio à criança

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ICN - *International Council of Nurses*

IP – Internamento de Pediatria

IPI – Intervenção Precoce na Infância

P. Página

NFCS - Neonatal Facial Coding System

NIDCAP® - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Projeto de Intervenção

PNRN – Programa Nacional de Rastreio Neonatal

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

SAC – Serviço de Atendimento

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SMINP - Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

TIHNP - Transporte Inter-Hospitalar Neonatal e Pediátrico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

URAP – Unidade de Recursos Assistências Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, todo o cidadão tem o direito a receber cuidados de saúde de qualidade, bem como a ser-lhe reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que-lhe são prestados, assim como o tempo para execução das intervenções, em todos os níveis de prestação. Por isso a segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), (Direção Geral de Saúde (DGS), s.d.).

O amadurecimento do sistema nervoso ocorre antes do nascimento, no primeiro ano de vida, e o seu processo é veloz amplo e muito vulnerável às influências ambientais. Contudo, o seu impacto a exposição de dor acarreta comorbilidades orgânicas e psicológicas (Cruz, 2020). O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação (International Association for the Study of Pain (IASP), 2011; Lima & Boniatti, 2017).

Controlar a dor na criança é um papel especialmente relevante, na atualidade. A dor é um fenómeno muito complexo, podemos dizer que são notórios os resultados negativos que a presença da dor pode desenvolver no lactente. Quando essa dor não é controlada no início do desenvolvimento infantil, pode comprometer o desenvolvimento cerebral levando a alterações nas perceções da dor (OE, 2020).

Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, mas na prática a adoção de medidas de alívio da dor aguda ou crónica tem sido abaixo do ideal (Fontes et al., 2018). “A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada pelas entidades acreditadas, a nível internacional, como um padrão de qualidade” (DGS, 2010, p.4).

Os cuidados não traumáticos, são baseados em intervenções que minimizem ou eliminem o desconforto físico e psicológico da criança/família, durante a permanência do recém-nascido (RN) e lactente nas instituições de saúde. Os três eixos fundamentais que a filosofia dos cuidados não traumáticos pressupõe são: *“prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12).

Os profissionais de saúde destacam-se como os principais responsáveis pela diminuição dessa prática, em contexto hospitalar e nos Cuidados de Saúde Primários. É um direito da criança a utilização de medidas de alívio da dor, consignado, entre outros na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2012; Fontes et al., 2018). Os profissionais de saúde devem criar estratégias e ensinamentos para administração dessa prática, utilizando medidas não farmacológicas para diminuição da dor no lactente, em conjunto com a parceria de cuidados envolvendo os pais em todos os procedimentos dolorosos (Fontes et al., 2018).

A punção venosa é o procedimento considerado a nível hospitalar como o mais utilizado, sendo que 80% dos utentes admitidos em serviços são puncionados com um cateter periférico, com uma média de dois cateteres por pessoa/por internamento (Webster et al., 2015). Podemos referir que a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde são realizadas inúmeras administrações de injetáveis durante o primeiro ano de vida do lactente, sendo a razão mais comum de dor iatrogénica na infância Taddio et al., (2009, citado por Morganheira, 2018).

Nos dias de hoje existe uma diversidade de intervenções não farmacológicas para alívio da dor no recém-nascido (RN) e lactentes, comprovadas e estudadas como eficazes e seguras, (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013). As intervenções não farmacológicas têm como objetivo principal, reduzir o stress e a dor da criança, assim como, diminuir o medo de procedimentos dolorosos realizados nos serviços de saúde, além disso, o uso destas medidas também reduz a ansiedade dos pais/cuidador principal. Os estudos atuais demonstram que a falta de formação em serviço, leva a insuficiente sensibilização e capacitação da equipa de enfermagem, assim este é o maior desafio que se coloca nesta problemática. Posto isto existe uma grande diferença entre o que se encontra preconizado com o que realmente se aplica na prática (OE, 2020).

Todavia, tudo aquilo que a literatura atual menciona é que o maior desafio que se coloca neste problemática consiste na insuficiente formação e sensibilização dos profissionais de saúde e a fraca concordância à implementação de protocolos e normas destas intervenções (Batalha, 2010; AAP, 2016; Harrison et al., 2014).

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, organizado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, que serão citadas detalhadamente no presente documento todas as escolas que fazem parte desta associação,

iniciando com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O Relatório de Estágio compõe o instrumento de avaliação da Unidade Curricular de Relatório referente ao ano letivo 2021/2022, 1º Semestre, no âmbito do 2º ano. No decurso dos contextos clínicos, Estágio I e Estágio Final, o primeiro decorreu entre 17 de maio a 25 de junho 2021, num contexto clínico nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários, e o Estágio Final decorreu entre 13 de setembro 2021 e 21 de janeiro de 2022, em três contextos clínicos de cuidados hospitalares diferenciados, designadamente em Unidade de Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tendo como finalidade o desenvolvimento de experiências de aprendizagem, que nos permitissem adquirir competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre em Enfermagem, após aprovação e discussão deste relatório nas provas de defesa pública.

A elaboração do atual relatório tem como finalidade analisar e descrever de forma reflexiva o controlo da dor no primeiro de vida, utilizando intervenções não farmacológicas dando resposta ao objetivo geral preconizado: Implementar medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida em contexto de Cuidados Saúde Primários e Cuidados Hospitalares. E como objetivos específicos: adquirir conhecimento e competência na área do controlo da dor utilizando intervenções não farmacológicas; sensibilizar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacológicas no primeiro ano de vida; capacitar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacológicas no primeiro ano de vida; descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Este relatório integra em simultâneo o projeto de Intervenção “Alívio da dor no primeiro ano de vida: Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” desenvolvido no decorrer dos estágios, o qual teve como objetivo contribuir, através da capacitação e sensibilização da equipa de enfermagem, para uma promoção e prevenção da dor em lactentes submetidos a procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, prevenindo as complicações associadas a estas condutas, e promovendo estratégias não farmacológicas nos lactentes de 0 a 1 ano de idade.

No seguimento da presente temática dá-se início à linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas", para definir a conduta do percurso formativo no âmbito do alívio da dor utilizando intervenções não farmacológicas no primeiro ano de vida, visando sempre a promoção dessas medidas, e avaliando o seu benefício para promover cuidados de qualidade.

A decisão pela escolha do tema "Atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas", vai de encontro às dificuldades que nos surgem na observação da literatura e de acontecimentos próximos e recentes no campo da atividade profissional, onde ainda na atualidade existem profissionais de saúde que não promovem medidas de alívio da dor ou medidas de conforto para RN e lactentes, intervenções essas necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade. Cada vez mais podemos evidenciar que a falta de formação em serviço, a ausência de protocolos e guia de boas práticas tornou-se uma necessidade para prestação de cuidados de enfermagem de qualidade visando sempre o bem-estar da criança/família.

No que diz respeito à estrutura deste Relatório de Estágio, na sequência da atual Introdução onde podemos contextualizar e delimitar o tema que foi estudado, as idades pretendidas que estão no cerne deste relatório, assim como, os tipos de intervenções utilizadas, posteriormente evidenciamos a pertinência e a justificação do tema, seguido dos objetivos definidos, finalizando com quatro capítulos distintos.

O primeiro ponto descrito é o Enquadramento Conceptual onde se fundamenta teoricamente, através de pesquisas bibliográficas com evidencia científica, os conceitos âncora da problemática estudada, articulamos a temática em estudo com a parceria de cuidados e a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que refere que o conforto é a base dos cuidados de qualidade administrados em idade pediátrica, e a equipa multidisciplinar dever recorrer a intervenções não farmacológicas adaptadas a cada faixa etária específica para uma melhor atuação, esclarecendo a sua pertinência.

O segundo e o terceiro capítulo centra-se no desenvolvimento do Projeto de Estágio, onde é abordado minuciosamente todas as etapas percorridas, começando pelo enquadramento dos diversos contextos de estágio realizados, descrevendo as atividades realizadas. De seguida é realizado o diagnóstico de situação de forma a aprimorar as carências

específicas da população alvo do projeto. Este capítulo continua com a definição dos objetivos, planeamento e implementação e avaliação do Projeto de Intervenção (PI).

No quarto e último ponto pesquisamos reflexivamente a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como, uma análise reflexiva sobre as competências do Mestre em Enfermagem. Terminando com a considerações finais, encurtando os aspetos significativos, o contributo do trabalho e avaliando o enriquecimento pessoal e profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O presente relatório foi redigido de acordo com as normas da American Psychological Association, 7ª edição, e formatado atendendo à Minuta de Formatação da Universidade de Évora.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), é necessário ter em conta a problemática apresentada assim como os objetivos propostos para o desenvolvimento deste relatório, tornando-se pertinente realizar um enquadramento teórico das temáticas que sustentam o projeto de intervenção em enfermagem.

O percurso académico depende de linhas orientadoras e de bases teóricas. Tendo em conta a problemática referida anteriormente foi elaborada uma preparação concetual prévia, através da qual serão esclarecidos os conceitos considerados pertinentes para desenvolver um quadro de conhecimentos teóricos relacionados com o tema em estudo.

O período concetual inicia-se, quando o investigador desenvolve um conceito com o intuito de orientar o seu trabalho. Na concetualização existem escritos teóricos e empíricos que são revistos de forma clara e concisa, com vista a analisar a investigação em curso na conjuntura dos conhecimentos atuais (Fortin, 2009).

Contudo desejo aclarar e fundamentar a temática estudada e em desenvolvimento através da definição dos conceitos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tais como dor em pediatria; controlo da dor e a teoria do conforto; intervenções não farmacológicas no controlo da dor em procedimentos dolorosos durante o primeiro ano de vida, e o modelo parceria de cuidados. A teoria e os conceitos seguidamente apresentados são os que mais influenciaram o nosso processo de aprendizagem, uma vez que, sustentaram as práticas e possibilitaram o desenvolvimento do conhecimento.

1.1. DOR EM IDADE PEDIATRICA

No seguimento do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica surgiu a oportunidade de elaborar um relatório de estágio, em junção com um Projeto de Intervenção (P.I) que fosse transversal a todo percurso formativo, abrangendo de uma forma geral os estágios propostos pela unidade curricular. Seguindo a linha de investigação “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, em especial interesse

pela dor, e a importância do seu controlo no primeiro ano de vida durante a realização de procedimentos dolorosos.

“A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários.” (DGS, 2010, p.3).

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, que envolve componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, comportamentais e espirituais, e a sua presença desencadeia um efeito negativo (Ramos & Figueiredo, 2020). Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, mas na prática a adoção de medidas de alívio da dor aguda ou crónica tem sido abaixo do ideal (Fontes et al, 2018). “A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é estimada pelas entidades acreditadas, a nível internacional, como um padrão de qualidade” (DGS, 2010, p.4).

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” (IASP, 2011, p.3).

Ainda com o intuito de investigar o conceito, a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]*, define a dor como uma:

“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (OE, 2016, p. 54).

A dor em pediatria foi negligenciada pela prática clínica, durante anos, baseando-se nessa fundamentação, o RN não possuía o sistema nervoso completamente formado, e não acarretava memória de experiências dolorosas. A partir dos anos oitenta pesquisas significativas trouxeram mudanças para a neonatologia, principalmente no que se refere à dor, comprovando então que a experiência dolorosa vivenciada por neonatos é imatura, portanto os RN têm o poder de guardar memórias de procedimentos dolorosos, e quando não são tratadas, pode acarretar consequências imediatas ou a longo prazo limitando a sua capacidade para enfrentar a dor e o estresse no futuro (DGS, 2012; Damasceno, 2019).

A dor é um fenómeno subjetivo, individual e é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo difícil a sua avaliação. O seu significado é alicerçado a cada experiência dolorosa vivida desde a infância ou até mesmo desde o período neonatal, e a incapacidade verbal de expressar dor não impossibilita a sua presença. Apesar da dor ter um papel adaptativo e de alerta, pode desencadear efeitos adversos de natureza fisiológica e no bem-estar social e psicológico do indivíduo. O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação (IASP, 2011; Lima & Boniatti, 2017).

Desde 2003 a DGS equipara a dor como o 5º sinal vital, e o seu controlo é um dever dos profissionais de saúde, um modelo de boa prática e uma rotina, altamente humana, na abordagem às pessoas em qualquer idade, que sofram dor aguda ou crónica, independentemente da sua origem (Galvão et al., 2015). A avaliação da dor deve ser sistemática, utilizando escalas de avaliação da dor adequadas à idade e à situação clínica viabilizando o tratamento adequado (Ramos & Figueiredo, 2020).

As experiências de dor no período neonatal e na infância definem a sua perceção na idade adulta, e aumentam assim o risco do desenvolvimento de problemas no futuro, como a ansiedade, transtornos de comportamento, o aumento da sensibilidade à dor, e o uso inadequado de medidas farmacológicas, podendo diminuir a sua eficácia. Estima-se que 25% dos adultos que referem medo de agulhas, desenvolvem esta fobia durante a infância, e 10% da população adulta evita procedimentos com agulhas (Lima & Boniatti 2017). Vários estudos também mostram que o controlo da dor na idade pediátrica é menos valorizado, menos implementado e inadequado comparativamente com o controlo da dor na idade adulta (Friedrichsdorf & Goubert, 2020).

Na criança, a resposta a estímulos dolorosos, pode apresentar uma enorme variabilidade ao longo do seu crescimento, sendo que está influenciada por múltiplos fatores que não pode ser alterado, tais como: a idade, o nível de desenvolvimento, a capacidade de expressar a dor, experiências prévias de dor, o contexto familiar e cultural, assim como a causa, a natureza e intensidade da dor. O medo e a ansiedade estão associados à dor e dificultam a sua avaliação e a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à sua intervenção (DGS, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

Existe no nosso país existe uma grande preocupação com o tema da dor e a gestão do seu controlo, esta temática tornou-se pertinente no início deste século, com criação do Plano Nacional de Luta contra a Dor, no qual menciona uma maior valorização da dor em idade pediátrica do que no adulto, “para o mesmo diagnóstico e a mesma intervenção cirúrgica em adultos e na criança/adolescente, existem, frequentemente, grandes discrepâncias entre as atitudes analgésicas, pós operatórios, as quais são ainda mais nítidas no caso de lactentes ou recém-nascidos” (DGS, 2001, p.27).

Em 2010 foram elaboradas as orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, entre os 0 e os 18 anos de idade. Estas orientações identificam a necessidade de o controlo da dor em crianças necessitar de uma abordagem mais específica, envolvendo aspetos individuais que diferem de outros grupos etários (DGS, 2010).

Posteriormente em 2012, surgem orientações técnicas sobre o controlo da dor em RN (DGS, 2012) e orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos em crianças (DGS, 2012b), que visam emponderar os profissionais e criar condições para prevenir e controlar a dor na idade pediátrica.

Os cuidados a-traumáticos são definidos como intervenções adequadas para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e família nos cuidados de saúde. Cabe ao enfermeiro um lugar de destaque no alívio da dor, visando a tomada de decisão sobre a implementação dessas medidas de conforto, respeitando sempre as características e as vulnerabilidades de cada recém-nascido e lactente, de modo a promover o conforto e preservá-los de vivências dolorosas e desnecessárias durante a sua hospitalização (Guimarães et al., 2021).

Nos últimos anos, temos assistido uma enorme evolução quer a nível de conhecimento da dor, quer a nível de opções terapêuticas para o alívio da dor na idade pediátrica. Apesar da evidência mostrar que a prevenção e o tratamento da dor devem ser uma prioridade nos cuidados de saúde de qualidade, ainda existe uma lacuna entre a evidência e a prática, e muitas crianças continuam a não receber o tratamento mais adequado (Lima & Boniatti, 2017).

Segundo o regulamento 422/2018 a gestão da dor enquadra-se, também, numa das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

nomeadamente na competência E 2.2 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19193).

A temática da dor é bastante pertinente para o desenvolvimento deste Relatório de Estágio, pois o papel do enfermeiro é adotar medidas para o controlo da dor, com extrema importância na equipa multidisciplinar de saúde.

1.2. TEORIA DO CONFORTO: CONTROLO DA DOR

A diminuição da dor e da ansiedade afetam futuros medos relativamente aos cuidados de saúde. Através de medidas farmacológicas e intervenções não farmacológicas apropriadas, a dor da criança vem sendo aliviada e é promovido o seu conforto. O termo conforto, de acordo com a CIPE®, pode ser definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (ICN, 2016, p. 47) lembrando que a ação de confortar pode ser definida como “consolar alguém nos momentos de necessidade” (ICN, 2016, p. 114).

Cuidados de enfermagem prestados com qualidade visa a satisfação das necessidades humanas básicas, sendo que o conforto é uma das consequências esperadas desses cuidados. Esse conforto pode alterar-se de pessoa para pessoa, conforme as suas vivências e tem de ser avaliado de forma holística (Ponte & Silva, 2015).

O conforto, é considerado um principal elemento desta teoria, constituído como uma necessidade básica da pessoa humana, um efeito essencial do cuidado de enfermagem universalmente desejável e importante em várias taxonomias profissionais e em teorias de enfermagem. Assim é descrito como essencial para as necessidades de cada individuo. A enfermagem tem investigado sua prática profissional em conhecimentos teóricos por reconhecer a importância da fundamentação teórica para uma prática científica, bem como para a organização e qualidade da assistência prestada (Cardoso, Caldas & Sousa, 2019).

Segundo Aposto, 2009 o conforto deriva de confortar, indica um auxílio numa aflição ou numa situação de maior dor. Confortar deriva do latim “*confortare*”, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar (Aposto, 2009; p. 62).

Nessa visão para alcançar a melhoria nos cuidados de saúde, os profissionais necessitam de refletir as suas ações assistenciais, para uma maior segurança do ser cuidado. E que o cuidado ao ser humano envolva um ambiente seguro, que seja esclarecido sobre o seu tratamento, riscos, complicações e todo o seu processo de recuperação (Mendes et al., 2016).

Para o desenvolvimento da prática de enfermagem é necessário, uma relação entre a prática clínica e a pesquisa, por isso na profissão é necessário à utilização de teorias. Nesse sentido o cuidado clínico dever ser fundamentado em teorias (Lima, 2016; Mendes et al., 2016).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba assenta como o pilar teórico da temática abordada neste Relatório, tendo como base de conceito “o conforto” para um melhor controlo da dor na prestação dos cuidados.

No século XX, mais precisamente na década de 90, a teorista Katharine Kolcaba apresentou a teoria do conforto de uma forma holística, definindo a satisfação das necessidades humanas básicas por alívio, calma e transcendência (Mendes et al., 2016).

Kolcaba entre (1991-1994), quando apresenta a teoria do conforto estabelece duas dimensões: a primeira referente ao estado de conforto: o alívio – estado de necessidade de conforto específico e que seja atendido; a calma – o estado de contentamento; e a transcendência – o estado em que se pode superar problemas como a dor. A segunda dimensão refere-se aos contextos em que o conforto ocorre, são eles: contexto físico, contexto psicoespiritual, contexto sociocultural, contexto ambiental e o plano externo da experiência humana (temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário), (Mendes et al., 2016).

A teoria do conforto é ajustável a uma ampla gama de práticas e experiências, trata-se de uma teoria de medio alcance, constituída por muitas fontes e é bastante concreta para ser aplicável. Situações de saúde são geradoras de stress, as necessidades de conforto são detetadas pelos enfermeiros, assim as intervenções de enfermagem de qualidade são de extrema importância para que o ser humano alcance um maior conforto, relativamente ao que tinha antes da intervenção, seu resultado é imediato na pessoa que recebe o cuidado e o conforto aumentado e fortalecido (Kolcaba, 2001).

A autora ainda exhibe que a apresentação do conforto fundamentado nesses contextos visa facilitar o reconhecimento de estratégias adequadas para promover o alívio dos

desconfortos, e quando isso não for possível, o enfermeiro deve realizar intervenções para realçar a transcendência. Para a teórica, a Enfermagem é narrada como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com limitação de medidas para satisfazer as necessidades de conforto e fazer a sua reavaliação após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior (Mendes et al., 2016).

À Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica adequa-se em plenitude a essa teoria, uma vez que os cuidados prestados em pediatria estão relacionados com situações de stress na criança/família e as mesmas necessitam de serem confortadas. É cada vez maior o cuidado com o conforto das crianças/família, sobretudo quando os RN e lactentes são submetidos a procedimentos dolorosos em instituições de saúde necessitando de serem confortadas através de medidas de alívio da dor adequadas as necessidades físicas existentes em cada ser (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Esta teoria descreve três tipos de intervenções de conforto: coaching, para diminuir a ansiedade, proporcionar a segurança, dar informação e planejar a recuperação; a intervenção standard para controlar a dor; medidas de extra conforto que promovem na criança/família esperança para ultrapassar as situações de dor de modo a sentirem-se amparadas e fortalecidas, como a massagem ou a imaginação guiada. Várias intervenções não farmacológicas são descobertas na literatura para alívio da dor e se encaixam nas intervenções de conforto descritas nesta teoria Kolcaba & DiMarco (2005, citado por Campaniço, 2019).

O conforto é um efeito positivo que tem sido associado empiricamente ao envolvimento bem-sucedido de comportamentos de procura de saúde e, por sua vez, a resultados institucionais positivos com maior satisfação para o utente. A par desta afirmativa, as crianças e suas famílias querem ser confortadas em situações stressantes derivadas de cuidados de saúde, sendo o conforto a palavra-chave para o atendimento em pediatria (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Para promover um cuidado clínico de enfermagem de qualidade e seguro para à pessoa, o enfermeiro necessita identificar as necessidades de conforto a fim de planejar uma assistência de enfermagem diferenciada que atenda as necessidades do ser cuidado e assim contribua para a melhoria do seu conforto e sua segurança (Mendes et al., 2016). Este conforto adequa-se em plenitude nos CSP, onde eu consigo planejar as minhas intervenções visando a qualidade dos cuidados em benefício da criança/família.

1.3. PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDO E LACTENTES

Geralmente a maioria dos procedimentos realizados em crianças são traumáticos, desagradáveis e dolorosos, ou acabam por gerar medo seja no recém-nascido/lactente/família. Nesse sentido o enfermeiro tem o dever de capacitar e sensibilizar a equipa multidisciplinar para uma melhor atuação frente a essa temática importante.

É um direito fundamental e universal do ser humano o controlo da dor, por diversas razões inclusive éticas, a dor não é inócua para a saúde. Não existe no plano clínico qualquer estudo demonstrado com argumentos que ateste que não controlar a dor seja benéfico nos lactentes, pelo contrário, a morbidade e mortalidade aumentam com o aumento a dor (Batalha, 2016).

Desde de as 24 semanas de gestação o feto está estabelecido neuro biologicamente, com os equipamentos nociceptivos periféricos dentre outros para sentir em alta intensidade todos os estímulos dolorosos. Por essa razão os RN são considerados hiperálgicos, desencadeando neles uma resposta motora mais prolongada de dor quando comparados com crianças mais crescidas ou adultos (Ramos & Figueiredo, 2020).

Segundo a DGS (2012), a elevada frequência com que se realiza procedimentos dolorosos na idade pediátrica, e a elevada presença desses RN e lactentes nas instituições de saúde nos dias de hoje, devemos ter em atenção as consequências da dor não tratada, regendo a prática clínica através dos códigos deontológicos da profissão, a fim de diminuir a dor nas crianças.

A OE identifica ser necessário designar cuidados referente a criança com dor, levando a um serviço mais personalizado com esta premissa em 2005 deu-se início a parceria de cuidados com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor no âmbito da formação. O controlo da dor é regido através da prevenção e do seu tratamento. O enfermeiro possui o dever de proceder na promoção de cuidados de saúde de qualidade que eliminem ou reduzam a dor para níveis aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

A dor derivante de um ou mais procedimentos dolorosos é caracterizada como uma dor aguda, pois tem início súbito e tem uma causa bem definida. Para Santos & Escobar (2015), a intensidade da dor altera através da homeostasia e do estado psicoemocional de cada pessoa, oscilando entre fraca, mediana e forte.

É possível classificar a dor em aguda ou crônica. A dor aguda é definida pela DGS (2001, p.27), “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal”. A dor crônica ou persistente pode ser produzida na falta de estímulo nocivo e onde os fatores psicológicos, comportamentais, afetivos e socioculturais desempenham um papel importante (Batalha, 2016).

O cuidado com a dor das crianças emerge da identificação que os lactentes têm dor, guardam memória de procedimentos dolorosos que foram submetidos anteriormente e que essa dor traz consequências comportamentais. A avaliação da dor nas crianças é adequada a sua faixa etária (DGS, 2010). Existem escalas para avaliação da dor disponíveis e adequadas a cada idade da criança e as mesmas são utilizadas nos serviços diariamente e para avaliação da dor.

Os neonatos existentes nos internamentos de unidades intensivas, são submetidos diariamente a diversos procedimentos que causam stress e dor prolongada, essas medidas desenvolvem uma reação endócrino-metabólica de dor surgindo a libertação de vários hormônios isso contribui para um desequilíbrio homeostático prejudicando a sua saúde (Soares et al., 2019).

Os recém-nascidos e lactentes no primeiro ano de vida respondem aos estímulos nocivos através de indicadores fisiológicos (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, variação na pressão intracraniana, diminuição da saturação de oxigênio e do fluxo sanguíneo cutâneo, diminuição do tônus e palidez) e indicadores comportamentais (rigidez muscular, expressão facial, choro, gemido, sintomas de abstinência e sonolência). Estas mudanças fisiológicas e comportamentais, assim como a grande variabilidade de respostas neurofisiológicas aos estímulos nocivos, são responsáveis por consequências agudas e de longa duração da dor, Batalha (2016, citado por Morganheira, 2018).

A avaliação da dor no RN e lactente é particularmente difícil uma vez que o autorrelato é impraticável. Logo, torna-se impreterível conhecer as mudanças fisiológicas e comportamentais que os estímulos dolorosos condicionam. Em recém-nascidos, as

manifestações fisiológicas de presença de dor são habitualmente causadas pelo aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio, palidez, pupilas aumentadas, aumento da pressão intracraniana. As respostas comportamentais incluem as vocalizações como choro, gemido e lamentos; a expressão facial, nomeadamente, sobranceiras franzidas, tremor do queixo, olhos fechados fortemente, movimentos corporais e postura como retraimento dos membros, rigidez, flacidez e punhos cerrados; mudanças de estado como inquietação, irritabilidade, apatia; alteração no comportamento alimentar, sono agitado e consolabilidade difícil, Hockenberry & Wilson (2014, citado por Morganheira, 2018).

Por sua vez a manifestações das respostas de dor nos lactentes são, resposta corporal generalizada com rigidez, choro forte, expressão facial de dor ou raiva, resistência física, especialmente o empurrar. Nessa faixa etária o lactente apresenta capacidade de memorização de experiência dolorosa, e tende a apresentar expressões de emoções: alegria, surpresa, medo e raiva (Hockenberry & Wilson, 2014; Batalha 2010).

Atualmente sabemos que os procedimentos dolorosos, são a causa mais frequente de dor na infância principalmente nos primeiros 12 meses de vida. Essa dor pode ser evidenciada através de experiências a nível sensorial, muitas vezes desagradável para lactente/família transmitindo ansiedade e medo (DGS, 2012).

A dor nos lactentes é variável, cada ser tem as suas manifestações específicas, cabe ao enfermeiro administrar cuidados diferenciados e de alta qualidade, auxiliando a criança a ultrapassar situações de dor, e adquirir o seu autocontrolo nas diversas situações de medo ou ansiedade (OE, 2013).

Quando citamos o termo procedimento invasivo devemos elucidar o seu conceito, através da utilização da literatura científica. De acordo com a DGS (2012, p.1) procedimentos invasivos são “todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos”.

Depois de toda essa pesquisa bibliográfica os procedimentos invasivos mais frequentes realizados às crianças no primeiro ano de vida, podemos destacar os procedimentos que incluem a utilização de agulhas, nomeadamente administração de injetáveis, punção do calcanhar e

punção venosa, por serem os mais realizados na atualidade, foram aprofundando neste relatório.

A administração de injetáveis é a causa mais comum de dor na infância, considerada a principal origem de sofrimento nas crianças/família. Os profissionais de saúde destacam-se como os principais responsáveis pela diminuição dessa prática em contexto hospitalar assim como nos Cuidados de Saúde Primários (Fontes et al., 2018). Esta dor quando não é controlada no início de vida, pode acarretar no recém-nascido comprometimento no desenvolvimento cerebral, e no lactente, alterações irreversíveis na resposta à dor (OE, 2020).

A criança saudável, passa por uma quantidade de procedimentos dolorosos ao longo da infância. As vacinas são referidas como o procedimento com agulha que mais causa dor aguda na criança e a dor da vacinação é o fator que mais leva à hesitação no cumprimento da Plano Nacional de Vacinação (PNV) (Lima & Boniatti, 2017; Friedrichsdorf & Goubert, 2020). Seguindo o PNV, um lactente no primeiro ano de vida será sujeito a oito inoculações (Ramos & Figueiredo, 2020). Com a alteração do plano em 2020 o lactente passa a estar sujeito a 12 inoculações no primeiro ano de vida (DGS, 2020)

O cumprimento do PNV é de extrema importância para promover a saúde dos RN e lactentes, assim como, nas crianças em idade escolar pois proporciona igualdade entre as mesmas, protege a saúde e previne as doenças (DGS, 2020). As vacinas que assentam no PNV são procedimentos de caráter passível de agendamento, sendo possível promover intervenções de alívio de dor durante a sua administração, é nesse momento que conseguimos passar confiança para o familiar principal criando estratégias de alívio da dor no RN e no lactente.

Segundo os autores Batalha e Cordero et al., citado por Morganheira (2018), no âmbito dos cuidados hospitalares, grande parte das crianças com doenças agudas que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica são submetidos a procedimentos dolorosos que causam lesão real ou potencial dos tecidos, assim como, introdução de cateter venoso periférico para realização terapêutica e colheita de sangue. Em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os recém-nascidos são submetidos em média a 12 procedimentos dolorosos por dia, sendo que, cerca de 65% desses procedimentos são punções venosas e punções do calcanhar.

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada foi um documento elaborado em 1988 por diferentes associações europeias, onde estão consagrados dez princípios definindo claramente

um conjunto de direitos perante uma hospitalização da criança. A gestão da dor está mencionada diretamente no princípio nº 5 “deve tentar-se reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor” e indiretamente no princípio nº 8 “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (Levy, 1996, p. 656). A supracitada anteriormente refere que o controlo da dor na criança assume um papel essencial na tentativa de reduzir ao máximo as agressões físicas e emocionais durante todo o processo doloroso.

É improrrogável não realizar medidas de conforto para alívio da dor no primeiro ano de vida durante a execução de procedimentos dolorosos para que se consiga evitar consequências prejudiciais, que podem vir a surgir a curto ou longo prazo. No primeiro ano de vida é fulcral este controlo estando assente em duas conjeturas, por um lado a vulnerabilidade dos recém-nascidos e lactentes, e por outro a elevada frequência com que estes procedimentos são realizados promovendo estímulos dolorosos.

1.4. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

A DGS (2012b, p.3) relata que “a elevada frequência da realização de procedimentos invasivos nos serviços de saúde, a possibilidade de tratar a dor com segurança e as consequências nefastas da dor não tratada conduzem ao imperativo ético e clínico de reduzir o hiato existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para tratar a dor das crianças”.

As intervenções não farmacológicas compõem um conjunto de estratégias utilizadas para reduzir a perceção da dor, a tornar mais suportável, proporcionar uma sensação de controlo, aumentar o conforto e diminuir a ansiedade associada ao medo e à dor. Estas estratégias são seguras, de baixo custo, não invasivas e são intervenções autónomas de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

É de referir que a dor experimentada pela criança pode desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento ou até mesmo desde o período inicial do seu desenvolvimento. As intervenções não farmacológicas operam como um importante

recurso para alívio da dor, quando a população pediátrica é submetida a procedimentos dolorosos. Podendo ser realizada de forma isolada ou combinada com as intervenções farmacológicas (OE, 2013).

“As intervenções não farmacológicas promovem o direito da criança de ser envolvida no processo, dando-lhe a liberdade de pensar, experimentar e explorar. Centram-se nas suas capacidades e não nas causas de dor, fazendo-a sentir-se orgulhosa pela sua participação ativa.” (Santos, Santos & Lacerda, 2018, p.170).

Na atualidade existe várias intervenções não farmacológicas, a escolha da mesma vai depender de cada estágio de desenvolvimento da criança dos recursos existente em cada instituição, da sensação da criança face a dor, “do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (intensidade, duração, localização e qualidade afetiva)”. (OE, 2013, p.17).

Algumas experiências antecipadas da dor condicionam a forma como a criança vai vivenciar a dor posteriormente, em lactentes e recém-nascidos podemos afirmar que existe uma evidência de memorização e de estímulos auditivos e visuais, o que permite prever a capacidade de memorização da dor. Aos seis meses de idade o lactente aparenta ter existência de memória da dor através do medo que manifesta perante locais, pessoas ou objetos relacionados com experiências anteriores principalmente em contexto de vacinação. Em idade pediátrica a reação da dor parece variar, não apenas em função do número de vezes a que foi submetida a situações de stress, mas também em função da forma como vivenciou a experiências dolorosas Fernandes, (2000 citado por Morganheira, 2018).

Segundo a OE (2013, p.18) as estratégias não farmacológicas são classificadas em seis categorias: “Comportamentais: Cognitivas; Cognitivo - Comportamentais; Físicas ou periféricas; Suporte emocional; Ambientais”.

Para reduzir a dor, é necessária a utilização de intervenções não farmacológicas para uma abordagem complementar. O seu mecanismo de ação passa pela concentração endógena de endorfina que coopera para a modelação da condução do estímulo doloroso através da medula espinal, o que leva à diminuição da dor. Estas intervenções podem igualmente ativar o alerta do recém-nascido, distraíndo-o da dor e, desta forma, alterando a percepção da dor, adiantando a sua hipersensibilidade. Algumas destas intervenções parecem incitar a ativação de sistemas de neuro peptídicos que avançam com a libertação de substâncias que ativam a libertação de opioides endógenos Cignacco et al., (2007 citado por Morganheira, 2018).

Os sentimentos mais frequentes manifestados pela família ou pelo cuidador principal das crianças são, o medo, a ansiedade e a frustração, por vezes estão ligados à falta de informação transmitida pelo profissional de saúde, sobre os procedimentos e tratamentos a serem realizados a criança e até mesmo ao desconhecimento de normas e rotinas das instituições. As famílias face a situação de doença dos seus filhos são devastadas por diferentes fatores consoante, a experiência prévia da doença, os procedimentos dolorosos envolvidos no diagnóstico e tratamento, os sistemas de ajuda e fatores intrínsecos da família, assim como, as crenças culturais, religiosas e padrões de comunicação (Hockenberry & Wilson, 2014).

A presença do familiar de referência da criança é fundamental, para identificação de fatores de desconforto e minimizar situações de stress, no que diz respeito a gestão da dor na criança esta presença assume especial importância. Quando acontece uma separação dos pais gera na criança um desconforto e pode vir a aumentar a sua perceção de dor. Os pais transmitem as queixas da criança, tornando-as mais pertinentes para a equipa (OE, 2013).

É dever dos profissionais de saúde capacitar as famílias para prestarem assistência diferenciada a seus filhos de forma a constituir um equilíbrio entre as crianças/ família e profissional de saúde para ultrapassar momentos de maior stress e ansiedade para que a criança consiga criar estratégias de estabilização emocional (Batalha, 2010).

Com base na filosofia dos cuidados centrado na família, que identifica a família como pilar na vida da criança, acreditamos que a presença dos pais é determinante no controlo da dor dos recém-nascidos e lactentes. Essa filosofia de cuidados centrados na família preconiza que os enfermeiros apoiem as famílias “nos seus papéis de prestação natural de cuidados e de tomada de decisão, com base nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11). Seguindo a mesma filosofia e os mesmos autores, temos como referência os conceitos de capacitação e empoderamento. A família deve ser empoderada a desenvolver competências capazes de responder às necessidades da criança. Para que no futuro fortaleça as suas próprias habilidades, ações e força (Hockenberry & Wilson (2014 citado por Morganheira, 2018).

As junções das estratégias não farmacológicas simultaneamente com os pais da criança apresentam um maior benefício no alívio da dor (Taddio et al., 2010).

O modelo conceptual está ligado à prática da enfermagem pediátrica, centrando-se nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar (Mendes & Martins, 2012). Este fato é fortalecido no guia orientador de boa prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Uma vez que a população alvo deste estudo são recém-nascidos e lactentes, serão aprofundadas as estratégias não farmacológicas indicadas para esta faixa etária e suscetíveis de serem aplicadas aquando da realização de procedimentos dolorosos.

A carência de estratégias de gestão da dor pode ser atribuída, à falta de conhecimento do profissional de saúde, ou a recusa do mesmo em utilizar estratégias não farmacológicas, interferindo assim nas boas práticas clínicas. A diminuição da dor durante a realização de procedimentos dolorosos reduz o desconforto tanto da criança como dos seus familiares. (Galvão et al., 2015; OMS, 2015).

O controlo da dor assenta na filosofia dos cuidados não traumáticos, estes apoiam a utilização de intervenções para diminuir o desconforto experienciado pela criança, jovem e sua família, em qualquer que seja o local, no sistema de cuidados de saúde, tendo como principal objetivo não causar dano (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, os cuidados não traumáticos devem estar presentes na escolha de qualquer intervenção e na sua aplicabilidade em todos os cuidados (prevenção, tratamento, reabilitação e palição), em qualquer contexto (hospital, centro de saúde, escola, domicílio) e em qualquer dimensão (psicológica, física, social, cultural).

A carta da criança hospitalizada (1988), refere que é um direito das crianças, a adoção de técnicas de alívio da dor na prática clínica, mas que a utilização da mesma tem sido abaixo do ideal. A falta da utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor nos RN e lactentes interferem com as boas práticas clínicas realizadas pela equipa multidisciplinar (Galvão et al., 2015).

Compete ao enfermeiro, nomeadamente ao enfermeiro de pediatria, auxiliar a criança, jovem e família no sentido de fazer escolhas informadas e agir no melhor interesse para a criança, demonstrando dedicação, empatia e compaixão pelos outros. Os cuidados não traumáticos, e o estabelecimento de relações terapêuticas estão incluídos nesta dedicação, sendo esta de grande importância, pois os pais ou cuidadores, percebem a dedicação do profissional de saúde como um sinal de qualidade no cuidado de enfermagem. É essencial que o enfermeiro promova um ambiente seguro e afetuoso, permitindo à criança, jovem e família gerir as emoções e deve estabelecer uma relação de ajuda. Deve recorrer a estratégias de

humanização, estratégias de conforto e gestão emocional do medo e prestar cuidados não traumáticos durante todos os procedimentos inerentes aos cuidados à criança e jovem (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo OE, (2020, p.2) os objetivos das intervenções não farmacológicas:

“são diminuir o medo, reduzir o stress e a dor e dar à criança a capacidade de controlo. Além disto, o uso destas medidas durante procedimentos dolorosos reduz também o stress dos pais, são intervenções que podem ser adotadas de forma independente pelos Enfermeiros, não têm efeitos secundários e não provocam custos relevantes às instituições”.

É bastante relevante a utilização de intervenções não farmacológicas, pois a sua utilização tem como modelo a transformação do significado da dor, com a sua utilização é possível realizar uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, avaliações e construções que acompanham a experiência de dor, modificando as ações responsáveis pelas reações de ansiedade, depressão e medo (OE, 2013).

Segundo os autores Wente e Hockenberry & Wilson citados por Morganheira, (2018), nos cuidados prestados as crianças com dor aguda, as utilizações de intervenções não farmacológicas ser devem parte integrante da abordagem cognitivo- comportamentais e físicas. A escolha deve sempre considerar a faixa etária da criança e os cuidados centrados na família. Com a utilização destas intervenções pretende-se minorar a perceção de dor, tornando-a dor mais tolerável, diminuindo a ansiedade e proporcionando à criança uma sensação de controlo e aumento do conforto.

No conjunto de intervenções não farmacológicas existentes e estudadas, existe evidências que as medidas de alívio da dor, por vezes não são totalmente utilizadas e conhecidas pelos enfermeiros, ou pouco utilizadas na prestação diariamente dos cuidados (Harrison et al., 2014; Batalha, 2010).

Algumas das intervenções do enfermeiro, é a prevenção e o alívio da dor, assim como minimizar o desconforto e a angústia. Mas algumas dessas angústias podem estar relacionadas com o carácter logístico, podendo então, otimizar e disponibilizar de um espaço adequado e acolhedor para as crianças e família, passando também por uma índole psicológica, preparando a criança e família para as intervenções mais invasivas. Nesta preparação destaca-se o controlo

da dor. O controlo da dor é um direito das pessoas, e um dever dos profissionais de saúde. (OE, 2008)

A utilização de estratégias não farmacológicas, durante a realização de procedimentos dolorosos, reduz o desconforto do lactente durante o procedimento, por sua vez reduzindo a ansiedade da mãe, promovendo assim uma satisfação maior na criança/família face à experiência traumática que envolve todo o processo de dor. Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos têm mostrado que o uso de sucção não nutritiva, administração de soluções orais açucaradas como (sacarose), diminuem a perceção da dor. A amamentação é uma alternativa muito positiva na realização de procedimentos dolorosos, o leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprir a dor, reforçando a eficiência da vacina (Galvão et al., 2015; OMS, 2015).

Atualmente existe uma diversidade de intervenções não farmacológicas com eficácia comprovada, que tem a função de reduzir a dor e a ansiedade nos procedimentos invasivos nos recém-nascidos e lactentes (OMS, 2015). Medidas farmacológicas são mais eficazes para o alívio da dor, mas podem vir a causar efeitos secundários ou não ser possível a sua utilização, intervenções não farmacológicas são intervenções autónomas do enfermeiro sem efeitos ou complicações atestadas pela literatura, fazer uso isoladamente ou em junção com as primeiras, será sempre mais benéfico para o lactente. As especificidades benéficas das intervenções não farmacológicas, comparativamente ao tratamento farmacológico centram-se na ausência de efeitos secundários e na ação autónoma da criança (OE, 2020).

O **aleitamento materno** é na atualidade considerado uma prioridade no desenvolvimento da criança, bastante útil na prevenção de várias patologias e uma fonte de segurança e proteção contra infeções desde o nascimento, além de ser o alimento preferencial no início da vida extrauterina, tema função de potencializar os efeitos analgésicos. “A amamentação é considerada uma combinação de intervenções pois conjuga diferentes aspetos: abraçar a criança, o contacto pele a pele, o sabor doce do leite, a sucção e a ingestão de endorfinas naturalmente presentes no leite materno” (OE, 2020, p.3).

A amamentação é uma estratégia natural, facilmente adotada pela mãe e pelos profissionais de saúde, não tem custos é ideal para ser utilizada em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar. Segundo a DGS (2012) recomenda-se colocar o lactente no seio materno minutos antes do início do procedimento doloroso (punção venosa, administração de

terapêutica...) mantendo-o durante alguns minutos após o término do procedimento (OE, 2020, p.3; OMS, 2015). Segundo a Ordem do Enfermeiros (OE), não existem relatos de episódios adversos, como engasgamentos ou regurgitações e referem que confrontadas com a frequência das mamadas, é improvável que uma criança associe a amamentação a um procedimento doloroso.

Em contexto de cuidados de saúde primários os profissionais de enfermagem devem usar a evidência científica para incentivar as mães de lactentes a utilizarem a amamentação na minimização da dor produzida pela vacinação, porém ter em atenção a vontade da mãe para que ela não se sinta desconfortável, ou exposta, por isso deve se manter um ambiente calmo, seguro e apropriado (Galvão et al, 2015).

A administração de **Soluções Açucaradas ou Glucose a 30%** está comprovada no alívio da dor pois envolve a libertação de opioides endógenos e a distração (OE, 2013). Está comprovado que existe um consentimento a nível das recomendações nacionais e internacionais que apontam para o uso de sacarose a 24% e glicose a 30% como as soluções mais indicadas (Motta & Cunha, 2015). O uso da glucose a 30% ou sacarose como intervenção não farmacológica é sugerida pela *Academia Americana de Pediatria*, para o alívio da dor aguda em RN e lactentes hospitalizados em Internamentos de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a execução de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso (OE, 2013).

Segundo as orientações da DGS (2012b, p.6) a utilização da Glucose a 30% deve seguir as seguintes recomendações:

“Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. É eficaz durante o primeiro ano de vida”.

As soluções açucaradas não são dispendiosas para as unidades de saúde, e são de fácil manejo e de preparações simples (Taddio et al., 2010; DGS, 2012b; Harrison, Yamada & Stevens, 2010). Tem o seu efeito mais potencializado quando combinada com a sucção não nutritiva (Motta & Cunha, 2015).

A **Sucção Não Nutritiva** “Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica” (DGS, 2012b, p.7) Deve ser utilizada apenas em crianças que já utilizem chupeta. O incentivo oro tátil é bastante desenvolvido no recém-nascido pelo que a sucção promove a autorregulação. Deve ser apenas oferecida a chupeta a recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas (DGS, 2012b). Empregando a sucção não nutritiva os recém-nascidos ficam mais calmos, mais atentos, existe redução no tempo de choro e diminuição da frequência cardíaca. Essa intervenção gera benefícios mais evidentes quando utilizada em conjunto com uma solução açucarada Cignacco & Cordero (2007; 2015 citados por Morganheira, 2018).

Em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são utilizadas como medidas comportamentais, porque além de atuar como método analgésico também promove conforto e calma. Recém-nascidos pré-termo são submetido a procedimentos dolorosos durante todo o internamento, a sucção não nutritiva diminui a intensidade da dor, a duração da mesma e por fim diminui o desconforto do neonato (Motta & Cunha, 2015; Pinto et al., 2020)

Posicionamentos deve ser evitada a posição de decúbito dorsal durante procedimentos de forma a minimizar a dor. Privilegiar a posição sentado ou deitado ao colo dos pais Taddio et al., (2010 citado por Morganheira, 2018). Em contexto internamento de Pediatria a posição de decúbito dorsal é bastante utilizada para punção venosa e colheita de sangue, porque os procedimentos são bastante minuciosos e necessitam de muita atenção e destreza do profissional de saúde, é escolhido para minimizar a quantidade de tentativas e erros na realização do procedimento, sempre tendo em conta a maximização dos cuidados e a diminuição da dor da criança. A OMS (2015) recomenda que a criança em contexto de vacinação seja posicionada no colo dos pais, pois sentem-se mais seguras causando menor stress e angústia reduzindo a perceção da dor (Taddio et al, 2010; Sparks, Setlik & Luhman, 2007).

Contato pele-a-pele designado na literatura como método canguru, nesta intervenção segundo a DGS (2012b, p.9) deve-se:

“Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor. O contacto materno pele-a-pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo”.

Esta intervenção reduz sinais fisiológicos e comportamentais nos recém-nascidos submetidos a procedimentos de dor aguda, especialmente punções do calcanhar e vacinas. É indicado que se inicie o contato antes do procedimento, e se mantenha durante e após o término do procedimento doloroso sempre que possível. Estudos tem demonstrado que a eficácia do contato pele-a-pele entre mãe/bebé a partir das 30 semanas de gestação diminuem os escores de dor na escala NFCS (Neonatal Facial Coding System) (Motta & Cunha, 2015; Galvão et al, 2015). Alguns estudos têm mostrado que esta intervenção não farmacológica reduz a resposta à dor, diminui os níveis de cortisol salivar e permite menores oscilações na frequência cardíaca e saturação de oxigénio durante procedimentos como punção do calcanhar ou injeções intramusculares (Harrison, Yamanda & Stevens, 2010; AAP, 2016; Cordero et al., 2015).

A estratégia de **Contenção** visa:

“DGS, (2012b, p. 6), envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como *swaddling*. A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como *facilitated tucking e containment*”.

A contenção promover a autorregulação, evitar a desorganização motora e facilitar a aproximação da mão do recém-nascido à boca de forma a promover a sucção e autocontrolo (DGS, 2012). Esta medida é bastante benéfica até ao desaparecimento do reflexo de Moro, que se confirma por volta dos 3 meses de idade DGS, (2012b, citado por Morganheira, 2018).

A contenção pode ser realizada com membros junto ao tronco, com a flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados e posicionando a mão perto da boca, promovendo estabilidade fisiológica e comportamental. Podendo ser envolvidos em mantas ou ninhos e contidos durante os procedimentos dolorosos e é bastante utilizados em serviços de neonatologia (Pinto et al., 2015).

Distração recomendada a todas crianças submetidas a procedimentos dolorosos, e tem por desígnio desviar o foco de atenção do procedimento a realizar-se (Guimarães et al., 2021). Bastante utilizada em cuidados de saúde primários no momento da vacinação, envolvendo a família em todo processo de distração, podendo fazer uso de objetos pessoais da criança, ouvir músicas, contar histórias ou a utilização de equipamentos eletrónicos como (tabletes, telemóveis...) (Guimarães et al., 2021; Galvão et al., 2015).

A OE (2013) indica que, o domínio das intervenções não farmacológicas para alívio de dor no primeiro ano de vida, requer formação e treino por parte dos enfermeiros, e por parte das instituições de saúde, daí a importância de aprofundar conhecimentos no âmbito da temática descrita anteriormente, de forma que o trabalho esteja suportado em bases científicas ampliado assim da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, especificamente na aplicação de conhecimentos e habilidades nas intervenções não farmacológicas para o alívio da dor no primeiro ano de vida.

Modificar o comportamento dos profissionais de saúde, é método complexo e desafiador. A redução da dor em idade pediátrica, é uma realidade para se cumprir nos dias de hoje, por isso as instituições devem envolver um diálogo social criando novas estratégias na cultura organizacional para uma melhor prestação de cuidados.

2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

O percurso formativo realizado neste relatório, teve início na construção de um projeto de estágio, no âmbito de uma temática de interesse transversal aos vários estágios que nos foi proposto neste mestrado que culminou na elaboração do presente relatório de estágio.

No decorrer dos Estágio I e Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e desejando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e a aquisição de competências de Mestre, foi desenvolvido um P.I equacionado para o controlo da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, com base nas intervenções não farmacológicas.

De maneira que a linha de investigação integrasse as “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e o tema desenvolvido foi o controlo da dor no primeiro ano de vida, com intuito de promover cuidados ao recém-nascido e lactentes em situação de especial complexidade, problemática esta, que nos motivou à construção do enquadramento concetual que serviu de orientação ao processo de aprendizagem. É importante mencionar que houve uma orientação nas atividades propostas pelo percurso e o mesmo não se estreitou na aquisição de competências de EEESIP, tendo sido trabalhadas todas as competências, em todos os contextos de estágio, onde a lactente/jovem e família permaneciam presentes, de modo a responder globalmente às necessidades da população pediátrica e desta forma, dar seguimento à aprendizagem no decurso do período curricular de mestrado.

Com a construção dos objetivos gerais definidos para este Curso de Mestrado delineamos este P.I com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências a nível de EEESIP e Mestre, para a implementação da melhoria dos cuidados de qualidade a nível hospitalar e nos CSP, baseados no código deontológico do enfermeiro seguindo a prática baseada na evidencia científica de modo a suprir todos os contributos da área de especialização.

A metodologia de projeto desenvolve-se na investigação de um determinado problema, com a tentativa de solucionar questões ligadas as intervenções. Esta metodologia aprova uma correlação entre a teoria e a prática, em que há um do investigador, que verifica o projeto de

uma forma investigativa. Nesta conjuntura, o projeto é definido como um plano de tarefas para dar seguimento a um determinado problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Atestando a ideia de Fortin (2009) o autor relata que para uma investigação ser completa o estudo deve ser de caráter científico produzindo mudanças nos problemas encontrados.

A Metodologia de Projeto é composta por seis etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e discussão e divulgação dos resultados (Relatório), conforme representado na figura 1.

Figura 1 - Metodologia de Trabalho de Projeto.



Adaptado de: Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15: 1-37.

O diagnóstico de situação integra a primeira fase do trabalho de projeto, na qual se objetiva executar um mapa cognitivo acerca de determinada situação problema. No qual adota-se um processo contínuo que se descreve e analisa a realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É importante conhecer a população alvo deste projeto. Podemos afirmar que população é o conjunto de elementos sobre a qual recai uma determinada pesquisa. Dentro desta, a população-alvo é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311).

Seguindo o enquadramento concetual caracterizado no capítulo anterior, certifica-se que as intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, atualmente são estudadas e com bases na literatura atual são eficazes. Desta forma existe um conjunto de normas e recomendações que sustentam o uso destas medidas, quer a nível nacional e internacional (DGS, 2012; DGS 2013; OMS 2015).

Todavia, aquilo que a literatura atual demonstra é que o maior desafio que se encontra neste problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde e fraca

adesão à implementação destas medidas. Ainda que possua um progresso, as evidências apontam uma contradição sobre o que é preconizado em termos de controlo e gestão da dor na criança e o que efetivamente é realizado pelos profissionais nas unidades de saúde, tendo sido este problema a base do nosso projeto de intervenção (Morganheira, 2018).

Com base no texto descrito anteriormente e de acordo com uma experiência profissional realizada no âmbito dos contextos de estágio em pediatria, inferiu-se que os enfermeiros estão pouco capacitados e sensibilizados na prestação de cuidados de qualidade, e verificamos que muitos destes profissionais não administram medidas de alívio da dor no primeiro ano de vida. Existem na atualidade uma panóplia de procedimentos dolorosos que RN e lactente são submetidos diariamente, e muitas vezes essas atitudes são realizadas de modo mais rápido devido ao elevado número de atendimentos em contexto hospitalar, ou em contextos de CSP. A investigação e a observação acabam por ser um suporte para construção deste relatório, a temática é bastante relevante quer a nível pessoal quer a nível profissional para uma eventual melhoria nos cuidados prestados ao RN e lactente, assim como, a sua família.

No decorrer dos anos encontramos o dado mais surpreendente, verifica-se que existe um decréscimo acentuado da utilização de intervenções não-farmacológicas. Não desejamos que os cuidados na área pediátrica se tenham degradado nestes últimos anos, mas podemos afirmar que é um dilema que deve merecer a sua reflexão. Sendo um contexto de especial complexidade em situações atuais, existe uma redução do número de enfermeiros capacitados e sensibilizados para promoverem o alívio e o controlo da dor em lactentes podendo potencialmente comprometer o modelo de cuidados biomédicos (Batalha, 2016).

A complexidade da construção deste projeto de estágio é definir intervenções pré-definidas, e implementadas mediante as necessidades encontradas em cada local de Estágio. Com a identificação da problemática abordada deve-se rever os aspetos positivos e negativos e definir um projeto de intervenção.

No seguimento da estrutura, iremos proceder à caracterização dos campos. Foi desenvolvido um projeto para dar seguimento ao diagnóstico de situação e posteriormente, é exposta a planificação do projeto com os objetivos gerais e específicos e as atividades inerentes à sua implementação. Iremos determinar de forma breve e sucinta os locais de estágio e realizar uma análise reflexiva sobre os momentos de aprendizagem e atividades desenvolvidas.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A escolha dos campos de estágio teve em consideração a área de interesse sobre a qual incidiu o projeto de intervenção (PI), assim como, os interesses pessoais e profissionais do discente, uma vez, que o seu percurso profissional anteriormente ao início da formação era no serviço de Obstetrícia, e posteriormente no início do mestrado a sua área profissional decorreu nos cuidados de saúde primários, e a mesma sentia necessidade de conhecer outros cenários reais na área da SIP. Nesse contexto os estágios foram elucidados e articulados entre si, e a professora orientadora de forma que a diversidade das atividades, oferecesse um maior contributo para aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

Este projeto de intervenção pretendeu acompanhar o percurso formativo ao longo dos Estágio I e Estágio Final que se desenvolveram em quatro diferentes contextos.

O Estágio I decorreu no 1.º Ano 2.º Semestre, tendo sido realizado no período compreendido entre 17 de maio de 2021 a 25 de junho de 2021 em contexto de Cuidados de Saúde Primários realizado em consulta de desenvolvimento infantil na unidade de saúde familiar pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

No 2.º Ano 3.º Semestre, deu início o Estágio Final, que por sua vez, foi dividido em 3 módulos de estágios: o primeiro realizado entre 13 de setembro a 22 de outubro de 2021 em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) na região do barlavento Algarvio; o segundo estágio entre 21 de outubro a 3 de dezembro de 2021, na unidade Internamento de Pediatria da região do Barlavento Algarvio; e o terceiro estágio, realizado entre 06 de dezembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022 em contexto de Unidade de Cuidados intensivos Neonatais (UCIN) de referência na região do Sotavento Algarvio.

2.1.1. Unidade de saúde familiar

Mantendo como referência a qualidade da saúde, constituída nos CSP onde visam a promoção da saúde e a prevenção da doença como prioridades do Serviço Nacional de Saúde e os cuidados de saúde primários assumem a base deste sistema.

A conceção dos ACES foi promulgada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, na pose do XVII Governo Constitucional que:

“reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Dre, p.1182).

Os ACES foram fundados em 2008, “segundo o qual são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, compostos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde e que visam garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população numa área geográfica determinada” (Diário da República (Dre), 2008, p. 1182).

O Estágio I deste curso de Mestrado decorreu numa USF pertencente ACES Barlavento, do qual teve início de atividade à 20 de dezembro de 2018 e assumiu um número de 13,600 utentes. As USF enquanto unidades integradas em ACES, elas são disciplinadas por legislação específica, visando e prestação cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade dos cuidados a todos os cidadãos. A sede situa-se no Barlavento. Este concelho encontra-se situado, distrito de Faro e tem uma área aproximada de 182,06Km. Esta delimitado a norte pelo concelho de Monchique e a Sul numa extensão de 9km pelo Oceano Atlântico, a Este pelos concelhos de Silves e Lagoa e a Oeste pelo concelho de Lagos. O concelho de Portimão é constituído pelas freguesias de Portimão, Alvor, Mexilhoeira Grande. A atividade da USF é realizada de segunda-feira a sexta feira, das 8 às 20 horas.

A USF divide o mesmo edifício que outras unidades funcionais deste centro de saúde, nomeadamente, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) o Serviço de Atendimento Complementar (SAC) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A USF encontra-se localizada no primeiro andar, é composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por oito médicos, oito enfermeiros, dos quais 4 quatro são Enfermeiros Especialistas (nas áreas de SIP, Saúde Materna, e Enfermagem de Saúde

Comunitária) um dos elementos da equipa desempenha funções de coordenação e detém nas unidades ainda seis assistentes técnicos. No espaço físico existem vários gabinetes médicos, gabinetes de saúde materna e planeamento familiar, sala de tratamentos, gabinete de saúde infantil, gabinetes de enfermagem, sala de espera e balcão de atendimento.

O método de trabalho é articulado entre equipas multiprofissionais. O Enfermeiro desempenha nesta USF o papel de Enfermeiro de família, de acordo com Decreto-Lei nº 118/2014, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais as famílias, em todas as fases da vida do ser humano, e em todos os contextos da comunidade. O Enfermeiro de família presta cuidados gerais e específicos ao indivíduo e família, nos três níveis da prevenção em articulação ou apoio com os restantes membros da equipa multidisciplinar de saúde.

Juntamente com a orientação de um EEESIP, de um modo geral, participámos de forma ativa na prestação de cuidados à criança/jovem e família no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN), assim como no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Devido a atual conjuntura pandémica verificámos uma considerável redução das consultas de vigilância, principalmente durante a idade escolar e a adolescência. Foram delimitadas consultas de prioridades, tais como, crianças com necessidades especiais, crianças no primeiro ano de vida e idades chave de vacinação, em situações de risco ou especial vulnerabilidade manteve-se a necessidade de uma intervenção específica e prioritária, não tendo sido permitido o adiamento das consultas nestas circunstâncias, procurando assegurar-se a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Os programas nacionais de saúde afetos aos enfermeiros nesta USF são: consulta de saúde materna, consulta de planeamento familiar, diabetes, vacinação, consulta de saúde infantil e juvenil e saúde do adulto. Os registos são realizados informaticamente no programa SClinico® que usa como referencial a metodologia CIPE. Os registos de vacinas são realizados no E-vacinas programa informático bastante utilizado nos CSP. Uma vez que o foco para a área de Especialização, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, importa contextualizar o funcionamento da USF neste âmbito.

Em relação às consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, são realizadas em gabinete próprio e exclusivo para a saúde infantil, com o ambiente e mobiliário adequado à avaliação da criança/adolescente, torna-se pertinente caracterizar o funcionamento da prestação de cuidados do enfermeiro perante a população pediátrica nos cuidados de saúde primários. No que pertence ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) colaborámos na vigilância da Saúde Infantil e Juvenil durante a realização das consultas de enfermagem, nas principais idades-chave, podendo estas ser realizadas autonomamente ou em parceria com o médico de família.

O PNSIJ está relacionado com as consultas de saúde infantil nos centros de saúde, uma vez que está recomendado que a criança tem direito a ser acompanhado gratuitamente nos serviços de saúde públicos a consultas de vigilância desde o seu nascimento até aos 17 anos e 364 dias. O PNSIJ foi produzido em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, bem como suas atualizações sofridas no decorrer do tempo, tendo a última sido formulada em 2013.

O PNSIJ (DGS, 2013) recomenda a realização regular de consultas de saúde infantojuvenil no decorrer da infância. O objetivo da consulta de desenvolvimento é obter ganhos para a saúde da criança/família com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença. Com o seguimento destas consultas, além de avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, o enfermeiro deve avaliar outros parâmetros, assim como na intervenção e prevenção de maus tratos, perturbações de comportamento e emocionais do lactente e sua família (Ramos & Figueiredo, 2020).

Em Portugal as consultas de desenvolvimento infantil, o profissional deve avaliar se os lactentes estão a adquirir e desenvolver as capacidades e competências exigidas para cada faixa etária. No decorrer das consultas o profissional de enfermagem deve avaliar crescimento/desenvolvimento físico, motor, sensorial, cognitivo, psicossocial, com este tipo de avaliação permite identificar anomalias físicas e mentais no lactente, permitindo uma intervenção de enfermagem mais adequada. Durante a avaliação das consultas de desenvolvimento temos como base a escala de avaliação do desenvolvimento “**Mary Sheridan**” modificada 1- 12 meses contento sinais de alarme seguindo a mesma linha de idades, no sentido de promover um instrumento facilitador nas atividades promotoras de desenvolvimento, a serem recomendadas aos pais/cuidadores no momento da avaliação (DGS, 2013).

Durante a consulta de desenvolvimento infantil nas idades chaves são realizadas as vacinas do PNV. Os elementos da equipa da USF promovem o cumprimento do PNV, convocando todas as crianças com esquema vacinal em atraso. O rastreio de diagnóstico precoce é efetuado entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido, presencialmente na USF durante as manhãs, consoante agendamento com a enfermeira especialista em ESIP ou enfermeiro generalista.

2.1.2. Serviço de Urgência Pediátrica

A Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) onde decorreu o Estágio Final está localizada no Centro Hospitalar Algarvio. O objetivo da SUP é a prestação de cuidados urgentes e de forma continuada a todas as crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade.

A SUP onde decorreu o Estágio insere-se num Centro Hospitalar criado através do Decreto-lei n.º 69/2013, que resultou posteriormente na fusão de dois hospitais ao abrigo do Decreto-lei n.º 101/2017. Caracterizada como uma unidade hospitalar de referência no SNS, responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde.

O Regulamento Interno deste Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação “pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (Centro Hospitalar E. P.E). (Decreto-Lei 101/2017, p.4972)

Esta unidade detém de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social e funcionários administrativos. A equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros dos quais 6 são especialistas em SIP, cada equipa de enfermagem é composta por 5 elementos onde um deles é o chefe de equipa (o chefe de equipa é o elemento com mais referências entre os colegas podendo ser especialista ou não, podendo ser o elemento com maior tempo de serviço), à exceção do chefe de equipa que fica sem posto atribuído, coordenando a equipa e prestando também cuidados nos vários setores, conforme as necessidades do serviço.

A SUP é constituída por uma sala de espera com WC para utentes, balcão de admissão, a entrada temos sala de triagem, a seguir 1 gabinete medico de clínico geral, sala de emergência/reanimação, sala de tratamentos, 1 gabinete de medico pediatra, balcão de enfermagem, que fica em frente a Unidade de Internamento de curta duração (UICD) possui espaço para cinco crianças em maca ou berço, onde as crianças ficam em vigilância podendo o internamento durar até 72horas. Existe ainda gabinete da enfermeira chefe, arrecadação, e mais uma sala de tratamentos com duas macas para crianças com diagnostico mais reservado, podendo ser utilizada também para inalo-terapia. Desde o início da pandemia criou-se um circuito doente covid, com uma pré triagem e um contentor com 10 boxes, para que a criança com suspeita de covid fosse avaliada e assistida até ao resultado de teste negativo.

A triagem é realizada com base no sistema de triagem de *Manchester*, em que pela observação e avaliação da criança, através da seleção do fluxograma adequado à situação se estabelece uma prioridade colorida para o atendimento, sendo colocada uma pulseira da respetiva cor no antebraço da criança, e uma etiqueta de identificação no familiar. Se o estado da criança agravar, a enfermeira volta a reavaliar e prioriza a observação pelo médico. Tanto o enfermeiro especialista, quanto o enfermeiro de cuidados gerais tem autonomia especificas, fundamentas em protocolos de serviço para administração de terapêutica se necessário. Todos os elementos que realizam triagem, necessitam de curso de *Triagem Manchester*.

Esta norma de trabalho que cada Enfermeiro está responsável por um ou mais utentes, fundamentado pelo conceito de cuidado global. A prestação de cuidados não é dividida, sendo a totalidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro que está afeto ao respetivo utente durante o tempo de todo o turno de trabalho (Costa, 2004).

O processo clínico é realizado através do programa informático ALERT®, assim como os registos de enfermagem e médicos, e resultados de meios complementares de diagnóstico.

2.1.3. Internamento de Pediatria

O Internamento de Pediatria (IP), está integrada no Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, onde decorreu Estágio Final, e tem como missão cuidar com qualidade e eficiência todos os latentes, crianças e adolescentes, dos 29 dias até aos 17 anos e 364 dias em estado crítico, com patologia médica ou cirúrgica associada.

O IP é constituído por cinco enfermarias, com 14 vagas, uma das vagas é constituída em um quarto individual para habitualmente para adolescente, ou para ser utilizado no internamento de crianças com doenças infectocontagiosas ou outras, que impliquem privacidade como os doentes oncológicos terminais. Para além destes espaços, o serviço apresenta as restantes áreas de apoio funcional e logístico necessários ao funcionamento do serviço. Todo o espaço da IP está decorado com desenhos coloridos de forma a humanizar e minimizar os efeitos negativos do internamento da criança. Além destes espaços físicos, existe uma sala diferenciada para a realização de procedimentos invasivos, todo e qualquer procedimento doloroso é sempre realizado nesta sala de maneira que o quarto onde a criança se encontra, não esteja interligado com o processo de dor.

Para a prestação de cuidados de saúde à criança/família existe um conjunto de recursos humanos que engloba uma equipa multidisciplinar, o serviço trabalha com o modelo parceria de cuidados que tem como objetivos comuns a satisfação da criança/família, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, assim como, a readaptação funcional, englobando sempre a família nos cuidados à criança. Os pais ou cuidadores principais são incentivados a participar nos cuidados de saúde, sendo que a criança fica acompanhada as 24 horas durante todo o internamento e o familiar de referência tem direito às refeições principais.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, 1 diretor de serviço, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social e psicólogo, educadora responsável pela distração das crianças em contexto de internamento. A equipa de enfermagem é composta por 23 enfermeiros, 1 enfermeira chefe, 7 enfermeiros especialistas em SIP e 15 enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de profissionais é partilhada com a Unidade de Neonatologia que se encontra localizada numa sala com capacidade para 8 vagas de cuidados intermédios neonatais, sendo que nesta unidade fica sempre 1 enfermeiro especialista escalado em cada turno.

Na admissão da criança o enfermeiro responsável pela criança procede ao acolhimento durante o qual são transmitidas informações à criança/família, com linguagem adequada, acerca do funcionamento e regras da unidade e a sua situação clínica. Nesta circunstância também é realizada uma avaliação inicial através de uma entrevista, observação e planeamento conjunto de cuidados. Os registos de enfermagem e o registo dos médicos são realizados na plataforma do programa informático SClínico®.

A prestação de cuidados referentes a criança é realizada com base num plano de cuidados que diariamente é avaliado e discutido pela equipa de enfermagem durante as passagens de turno. A distribuição dos utentes pelos enfermeiros é realizada através do sistema de classificação de doentes. Sendo assim, os enfermeiros prestam a globalidade dos cuidados a determinado número de utentes, seguindo o método de trabalho individual, cada enfermeiro responde em termos de responsabilidade pelos seus utentes.

2.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Este é o último local de ensino clínico que compõe o Estágio Final. A UCIN onde decorreu o ensino localiza-se num Hospital de referência inserido no Centro Hospitalar Universitário do Algarve E.P.E. É caracterizado como um panorama nacional e internacional, como uma das unidades hospitalares de referência no Serviço Nacional de Saúde do Algarve. Em termos de resposta assistencial, adota a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde distintos aos dezasseis concelhos do Algarve, garantindo a segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região.

Incorporado no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) a UCIN, confere cuidados de assistência direta à população neonatal residente no distrito do Algarve. Uma unidade excessivamente distinta, apta a receber recém-nascidos (prematuros, grandes prematuros e de ternos com patologias associadas) que necessitam de cuidados especializados e diferenciados. Quando estáveis, estes recém-nascidos são transferidos para a unidade de cuidados intermédios, berçário, internamento de pediatria ou outras unidades hospitalares neonatais e pediátricas dos hospitais da área de residência.

O SMINP é um serviço vasto, com uma área física e acolhedora que abrange a unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Relativamente à UCIN, é formada por 12 vagas 5 de cuidados intensivos e 7 cuidados intermédios, e ainda 6 vagas no berçário, para onde são transferidos os neonatos estáveis e prestes a ter alta. Este serviço ainda suporta, a equipa de Transporte Inter-Hospitalar Neonatal e Pediátrico (TIHNP), constituída por um médico e um enfermeiro EESIP do SMINP.

A admissão do recém-nascido é concretizada no serviço de UCIN, maioritariamente através do bloco de partos, mas são também recebidos neonatos transferidos do serviço de obstetrícia, urgência pediátrica, e outras unidades hospitalares locais, com patologia médica, que careçam de intervenção clínica urgente e emergente. Os diagnósticos mais frequentes são a hipoxemia neonatal e a doença respiratória, assim como, grandes prematuros e prematuros de alto risco. Comparativamente aos neonatos com patologia do foro cirúrgico, nascidos na própria unidade hospitalar, são estabilizados na UCIN e assim que possível transferidos para as unidades hospitalares de referência.

A UCIN adota a filosofia dos cuidados centrados na família, a equipa de saúde deve desenvolver competências de comunicação com familiar de referência, de forma a promover a parceria de cuidados e a capacitação dos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido. O acompanhamento da criança no serviço tem horário alargado de modo que o familiar consiga estar presente na hora dos cuidados.

A UCIN é constituída por uma equipa multidisciplinar de 43 enfermeiros dos quais 17 são EESIP, médicos, assistentes operacionais, administrativos e psicóloga, cuja intervenção visa a melhoria da saúde dos neonatos, prematuros ou de termo, internados e das suas famílias. É de interesse salientar, que este serviço é acreditado pelo Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento NIDCAP® (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), o qual visa reduzir, ao máximo, o choque negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro, fora do útero materno (Santos, 2011).

O método de trabalho exercido neste serviço é o individual, com base no conceito global e inclui a atribuição de um ou mais neonatos por enfermeiro. O enfermeiro é então, responsável pela integridade dos cuidados prestados, assim como, a avaliação e planeamento dos mesmos.

2.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Todo o percurso percorrido em contexto prestação de cuidados ao recém-nascido/lactente e família em situação de especial complexidade, durante todo o momento do estágio, fizemo-lo consciente que cuidar da criança/jovem /família nestas condições, solicita do enfermeiro uma imensa consciência de si mesmo, das suas capacidades e limitações. O que segue à linha de raciocínio dos seguintes autores, pois evidenciam, que a modificação de

vivências em experiências é um processo que exige a capacidade de reconhecimento dos limites individuais de cada pessoa (Abreu, 2007), e para que tal suceda, demanda uma dinâmica de transformação, possibilitando a autoformação através da reflexão e da pesquisa (Canário & Rummert, 2009).

Por isso agarramos as oportunidades conhecedoras das suas complexidades, com o objetivo de promover alterações intrínsecas que tenham um reflexo positivo nos cuidados prestados às nossas crianças/jovens e famílias, possibilitando-nos ainda, o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e de EEESIP.

No seguimento do estágio I foi-nos solicitada a elaboração de um Estudo de Caso (EC), integrado nos elementos avaliativos, o que nos permitiu investigar os aspetos do desenvolvimento psicomotor da criança, assim como, aspetos emocionais e o contexto familiar e social no qual a criança e família estão inseridos. Os estudos de caso, segundo Galdeano, Rossi & Zago (2003), constituem um recurso que possibilita a concretização de um estudo aprofundado dos problemas e necessidades do doente, família e comunidade, com a hipótese de elaborar estratégias para solucionar ou reverter as problemáticas descobertas. Contudo a construção e elaboração de um estudo de caso permite ao estudante se aprofundar nas complexidades da temática abordada, produzindo informações para a tomada de decisão nos cuidados em enfermagem. O processo de enfermagem aponta para um trabalho profissional, determinando o modo de realizar uma sistematização da assistência de enfermagem, é fulcral em um sistema de valores e crenças morais, para o conhecimento técnico-científico da temática abordada. Podemos definir o processo de enfermagem como uma ferramenta tecnológica, para o cuidado na prática profissional, que utiliza um modelo metodológico, que identifica, compreende, descreve e explica as necessidades humanas. Face aos eventos do ciclo vital da criança/família os problemas de saúde determinam as necessidades de uma intervenção do profissional de enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009).

Os CSP foram fundamentais para o crescimento profissional, estruturando um plano de cuidados personalizado e adequado às necessidades individuais de cada criança, com necessidade de atuação ao nível da PI. Através do qual, procuramos diagnosticar o mais precocemente situações de risco, que possam afetar negativamente a vida e qualidade de vida da criança e do jovem, articulando atividades com os demais profissionais de saúde, no sentido de maximizar os ganhos em saúde. Neste mesmo contexto, podemos acompanhar as consultas

de vigilância de saúde infantil, seguindo as orientações do PNSIJ, através das quais procuramos sempre “promover o crescimento e desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

O Estágio I corresponde ao contexto de CSP realizado na USF, para dar continuidade na avaliação do momento de estudo, foi realizada uma entrevista com a coordenadora da equipa juntamente com EESIP orientadora para dar conhecimento do Projeto de Estágio, e estabelecer a necessidade da equipa em virtude da temática trabalhada, foi proposta a realização de sessão de educação para saúde para profissionais da equipa de modo a capacitar e sensibilizar a equipa na utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor (Apêndice B).

No Estágio Final, foram escolhidos 3 momentos de ensinamentos em diferentes contextos hospitalares com uma duração de 6 semanas cada, podemos direcionar os nossos cuidados para recém-nascidos prematuros e grandes prematuros, em situação crítica, assim como crianças e jovens dos 0 aos 17 e 364 dias.

O primeiro contexto hospitalar foi SUP, segundo o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto que o atendimento nos SUP prestará cuidados a todas as crianças independentemente do tipo de patologia que possam apresentar, funcionando como primeiro ponto de atendimento pediátrico especializado. Adequam á linha da frente na abordagem a situações urgentes e emergentes identificadas, pela Coordenação de Emergência pré-hospitalar, seguindo os princípios da proximidade e organização regional, pelo que deverão estar dotados de canais de comunicação eficazes, ágeis e em permanente disponibilidade para com os Serviços de Urgência Básica e CSP, mas de igual forma com os serviços para os quais referenciam, como é o caso das Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Neurocirurgia, entre outros. É de salientar que “são consideradas crianças todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida” (MS, 2014b, p. 20674).

Tivemos ainda, a oportunidade de apresentar o desenho do nosso PI à enfermeira chefe, EESIP orientador e restantes elementos da equipa de enfermagem e dado o interesse geral da equipa, face à problemática uma vez que a SUP tinha diversos elementos recém-licenciados que necessitavam estar mais sensibilizados e capacitados face a dor em pediatria, demos início à implementação do mesmo através de uma sessão de educação para saúde (Apêndice D) para enfermeiros e a criação de uma Proposta de Norma de Procedimento da Glucose à 30% como intervenção não farmacológica (Apêndice E).

O segundo momento do Estágio Final deu-se no serviço de Internamento de Pediatria, mediante aos cuidados prestados às crianças/jovens e respetivas família em situação de especial complexidade, não negligenciamos a vertente da maximização da saúde, trabalhando em conformidade com o ciclo de vida e evolução da criança e do jovem (OE, 2018). No seguimento de uma entrevista com a enfermeira chefe do serviço e EEESIP orientador, tivemos a oportunidade de apresentação do projeto de intervenção face a temática da dor e o seu alívio através da utilização de medidas não farmacológicas, foi proposto a elaboração de um Guião de boas praticas para consulta no serviço (Apêndice F) e a elaboração de um Poster para ser fixado na sala de intervenção de procedimentos invasivos (Apêndice G).

O terceiro e último momento do Estágio Final, foi realizado no serviço de UCIN, podemos direcionar os nossos cuidados aos recém-nascidos de termo, prematuros ou grandes prematuros em situação crítica, que só por si já requerem uma minuciosa destreza de cuidados, de modo a não agravar a sua situação clínica instável. A par da organização e participação na prestação de cuidados, podemos desenvolver várias atividades, que vão de encontro às competências de EEESIP. Das quais, diagnosticar o mais prematuramente as situações de inconstância hemodinâmica, que coloquem em risco a vida do neonato, adaptando os cuidados à filosofia de trabalho abraçada pela equipa, NIDCAP®, que visa prestar cuidados distintos e centrados no desenvolvimento do RN e família, permitindo-nos reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN, fora do útero materno (Santos, 2011).

Ao longo de todo esse percurso, tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre o tema controlo da dor no primeiro ano de vida utilizando intervenções não farmacológicas e procuramos proporcionar momentos de partilha e reflexão, sobre a temática com os elementos da equipa de enfermagem, atuando como um agente dinamizador na partilha do conhecimento.

Esta investigação provocou um enorme interesse da nossa parte, pelo que, no decorrer do estágio final foi elaborada Scoping Review cujo o resumo se encontra no (Apêndice H), com o seguinte título “Medidas não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida”.

Scoping Review tem a tradução para o português “Revisão de Escopo”, é utilizada especificamente para mapear na literatura intervenções relacionadas com a enfermagem,

utilizando a avaliação da aplicabilidade desta metodologia na identificação de medidas para controlo da dor em fase aguda (Mazoni, Castro & Vasques, 2018).

Em contexto UCIN foi elaborada uma proposta de Norma de Procedimento sobre intervenções não farmacológicas utilizadas em Neonatologia (Apêndice I).

Os ensinamentos decorrem em diversos contextos, foram muito enriquecedores e permitiu-nos mobilizar conhecimentos e enriquecer-nos enquanto futuros enfermeiros especialistas em ESIP, nos quais buscamos desenvolver uma prática de alívio da dor em procedimentos dolorosos utilizando medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida, indo de encontro ao desenvolvimento do nosso projeto de intervenção. As atividades desenvolvidas no processo de cuidar, permitiu refletir sobre o impacto da utilização de medidas não farmacológicas pelos profissionais de saúde nos cuidados hospitalares e CSP.

O desenvolvimento do PI no decorrer dos diferentes estágios, permitiu-nos ampliar o conhecimento e as competências científicas, técnicas e humanas relacionadas com a prestação de cuidados ao recém-nascido, lactente e família, ao longo do seu ciclo de vida. De igual modo, possibilitou-nos a concretização várias atividades relacionadas com a prestação de cuidados, que em muito, contribuíram para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP.

A pesquisa e a revisão bibliográfica foram uma base na evidencia científica ao longo deste percurso, pois auxiliou-nos nas tomadas de decisão fundamentadas, no sentido de mantermos um papel dinamizador na administração de cuidados de saúde de qualidade e seguros. Esta performance inicia-se da necessidade do contínuo progresso de competências teóricas, indispensável numa intervenção prática com qualidade, tornando-se por isso “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade” (Fonseca, 2015, p.1).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Um dos pilares para aquisição do grau de mestre e atribuição do título de enfermeiro especialista, pela OE é a realização de um PI em serviço, pelo que procedemos à realização do mesmo, integrado do presente Relatório Final, que começou a ser desenhado ainda no Estágio I, tendo sido consolidado e desenvolvido no decorrer do Estágio Final. Baseados na linha de investigação “necessidades de cuidados de enfermagem em populações específicas”, dirigimo-nos para a temática da promoção da capacitação e sensibilização das equipas de enfermagem dando continuidade nos cuidados ao recém-nascido e lactentes. Este tema, para além de se enquadrar como objeto de especial interesse tanto a nível pessoal como profissional, corresponde a nosso ver, a um assunto de extrema relevância na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, particularmente na atuação do EEESIP, cuja abordagem visa contribuir para a melhoria continua dos cuidados, para o desenvolvimento de competências específicas e especializadas e para o significativo progresso da disciplina de enfermagem.

As referências bibliográficas que foram fontes de pesquisa em muito vieram contribuir para a busca nas bases de dados científicos, assim como, as reuniões com enfermeiras orientadoras, chefes de serviços e outros elementos da equipa de enfermagem nas quais desejámos levantar as necessidades sentidas nos serviços. A sua execução decorreu ao longo dos campos de estágios, no entanto, consideramos ter aproveitado os contributos e as oportunidades dos quatro contextos de estágio sequenciais e articulados entre si, para a construção do PI.

Como foi citado anteriormente, investigámos à Metodologia de Projeto para desenvolver o presente PI, pois o foco desta, é atuar e resolver um problema identificado, objetivando a aquisição de competências e capacidades de cariz pessoal através da elaboração e concretização de projetos numa situação real. “A metodologia esta ligada a investigação, centrada na resolução de problemas, através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3).

A sua composição requer a execução das diversas etapas de desenvolvimento incluindo, a fase de diagnóstico de situação, planificação de atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Evidência ainda, que o planeamento das atividades deve estar assente nas consolidadas

premissas: voltado para o futuro, processo permanente, contínuo e dinâmico, racionalidade nas tomadas de decisão e selecionar várias alternativas no decurso da ação.

Tendo em consideração a aplicação e desenvolvimento desta metodologia para a concretização do projeto, iremos de seguida, proceder à descrição e análise de cada uma das etapas do trabalho de projeto.

3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A decisão pela escolha do tema **“Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas”**, vai de encontro com as dificuldades que nos surgem na observação da literatura e de acontecimentos próximos e recentes no campo da atividade profissional, quando nos deparamos com a falta de formação da equipa, protocolos e guia de boas práticas entre as mesmas, a construção de um guia de normas e procedimentos é um seguimento na qualidade dos cuidados.

Existem algumas razões para se justificar o planeamento em saúde, nomeadamente a necessidade de intervenção nas causas dos problemas, evitar que esses problemas se repitam, a necessidade de definir prioridades e estratégias para resolução dos problemas, evitar intervenções isoladas e por isso desajustadas, a necessidade de criar infraestruturas adequadas para prestação dos cuidados, e a utilização de equipamentos apropriados as necessidades levantadas.

A dor no recém-nascido prematuro ou de termo é um fenómeno causador de sofrimento. Essa sensação quando não tratada adequadamente principalmente nas crianças, pode causar problemas futuros no desenvolvimento físico e psicológico do lactente, por consequência acarretar alterações irreversíveis no sistema nervoso e afetar as futuras experiências nociceptivas (Guimarães et al, 2021; Pinto et al, 2020; Morais et al, 2016).

Face ao exposto, perante a revisão bibliográfica realizada sobre a temática e considerando o elevado número de crianças que não são intervencionadas com medidas não farmacológicas para alívio da dor, durante os procedimentos dolorosos, criando um impacto na saúde e no bem-estar do recém-nascido e lactente consideramos de extrema pertinência a

abordagem desta temática, fundamentando a relevância da promoção da continuidade de cuidados de saúde da população em questão.

O desenvolvimento do PI nesta área de intervenção tem como objetivo implementar medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida em contexto de Cuidados Saúde Primários e Cuidados Hospitalares, com o intuito de sensibilizar a utilização das mesmas.

3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação integra a primeira fase do trabalho de projeto, na qual se objetiva executar um mapa cognitivo acerca de determinada situação-problema. No qual adota-se um processo contínuo que se descreve e analisa a realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É importante conhecer a população alvo deste projeto. O projeto intervenção identificou a população alvo, como as lactentes de 0 a 1 ano de vida, assim como as equipas de enfermagem. O estudo efetuado analisou as equipas de Enfermagem dos quatro contextos de Estágio. A população alvo definida foi abordada em duas vertentes distintas, em primeiro lugar pretendeu-se capacitar os Enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas e sensibilizar a utilização das mesmas, de seguida, promover a utilização das intervenções não farmacológicas realizadas por enfermeiros nos recém-nascidos e lactentes, durante procedimentos com dolorosos.

A definição do problema corresponde ao início do processo de investigação ou da preparação de um projeto, conjeturando a análise da sua evolução de uma forma prospetiva e retrospectiva, assim como a “Identificação dos intervenientes, das suas diferentes perceções do problema e expectativas face à sua resolução; levantamento de experiências concretas já existentes de intervenção ao problema; clarificação dos recursos e forças que ajudam à resolução” (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010, p. 12). Para além disto enquadram-se como principais fontes de identificação ou definição dos problemas “especialistas na área, bases de dados, sugestões ou questões deixadas em aberto” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.12).

As ferramentas de colheita de dados autorizam a elaboração do diagnóstico de situação com a validação e identificação dos problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Um dos métodos empregados em todos os contextos de estágio foi a observação e delimitação de problemas alvo, face a temática sendo a informação obtida de forma natural, pois procede-se à observação não planeada de comportamentos. Os instrumentos mais utilizados para elaboração de diagnóstico são: “a entrevista, o questionário, bem como métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.13).

O tema em estudo surgiu da prática profissional com o intuito de promover cuidados de qualidade face a temática nos CSP, e de uma análise empírica e das inúmeras conversas informais com os enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores e equipas de enfermagem, através das quais foi possível tomar consciência do impacto que a problemática tem na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população pediátrica. É de salientar, que as questões colocadas aos elementos chaves do serviço, não seguiram um roteiro pré-estabelecido, tendo sido colocadas em determinado contexto, no decorrer da conversa. Partindo desta análise, foi identificado o problema, que justificou a escolha do tema, tornando-se assim, evidente a necessidade de intervenção no contexto de estágio.

Da análise das entrevistas, foi possível constatar que:

- ✓ Todos os chefes da equipa sentiam necessidades de capacitar e sensibilizar a equipa face a temática, devido ao elevado número de enfermeiros recém-licenciados nos serviços devido ao contexto pandémico vivido na atualidade;
- ✓ Uma vigorosa motivação por parte da equipa de enfermagem para a realização do projeto;
- ✓ Abertura por parte da chefia de todos os contextos de estágio no sentido de colaborar na implementação de estratégias de alívio da dor que contribuíssem para a implementação do PI.

Quando falamos de um estudo em cuidados de saúde, que busca acreditar na segurança do doente em idade pediátrica através do planeamento sistematizado dos cuidados humanizados, prestados ao recém-nascido e lactente por sua vez incluído a família é imperativo fazer um diagnóstico organizacional de forma a identificar as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades.

Segundo Santos, Sobreiro e Calca (2007, p. 7), “Este exercício proporciona, por um lado, a reflexão sobre fatores positivos de que um sistema beneficia (forças e oportunidades) e, por outro, a reflexão sobre os fatores negativos com que o sistema se defronta (debilidades e ameaças)”. A utilização da análise SWOT possibilita-nos concluir que prestar cuidados de saúde humanizados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade é uma problemática presente, com potencial de melhoria. Iremos citar à análise SWOT na figura 2.

Figura 2 - Técnica de Análise SWOT.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/VjB6WGeq5FuRAEnB9>

A análise SWOT constitui um exercício de organização por quadrante das debilidades, das ameaças (fatores negativos), das forças e das oportunidades (fatores positivos). Este, é percebido com base numa determinada circunstância e por parte de um grupo concreto (Santos, Sobreiro & Calca 2007).

Em seguira será apresentada quadro 1 da análise SWOT e suas características.

Quadro 1 - Análise SWOT.

Fatores Internos	Pontos fortes	Pontos Fracos
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boa receptividade da chefia; ✓ Equipa de enfermagem interessada e motivada para a uniformização dos cuidados com o auxílio de normas e protocolos de procedimentos para controlo da dor em RN e lactentes no primeiro ano de vida; ✓ Equipa motivada para formação em serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cansaço físico e emocional da equipa de enfermagem face ao contexto pandémico; ✓ A maioria da equipa eram recém-licenciados em dois contextos de estágio; ✓ Nos CSP apenas uma enfermeira já tinha trabalhado anteriormente em contexto de idade pediátrica; ✓ Ausência de informação visível e disponível sobre as intervenções não farmacológicas; ✓ Ausência de folhetos informativos para os pais ou cuidadores principais.
Fatores Externos	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existências de normas de controlo da dor em pediatria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carência do número de enfermeiros; ✓ Carência de um grupo de trabalho, responsável pela formação contínua, sobre a dor e seu controlo, utilizando intervenções não farmacológicas;

Fonte: Santos, Sobreiro & Calca (2007)

Elaborado isto, partindo da análise SWOT realizada, e perante a estes pontos fracos obtemos o nosso diagnostico de situação, identificando o seguinte problema: necessidade de formação continua à equipa de enfermagem, dando enfase no âmbito do controlo da dor em pediatria no primeiro ano de vida utilizando medidas não farmacológicas, sensibilização das equipas para utilização das mesmas. Determinando o diagnóstico, demarcamos então, os objetivos que se pressupõe serem praticáveis e quantificáveis no tempo e no espaço. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), o objetivo tem o sentido essencial à descrição do problema identificado, o qual, o PI procura resolver.

Desta formação, foi possível delimitar os seguintes objetivos geral e específicos, respetivamente:

Objetivo Geral:

- Implementar medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida em contexto de Cuidados Saúde Primários e Cuidados Hospitalares.

Objetivos Específicos:

- Adquirir conhecimento e competência na área do controlo da dor utilizando intervenções não farmacológicas;
- Sensibilizar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacologias no primeiro ano de vida;
- Capacitar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacologias no primeiro ano de vida;
- Descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com dolorosos no primeiro ano de vida.

3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO

Com o início da construção deste projeto, ainda numa fase muito inicial foi contruído um cronograma de atividades (Apêndice J), que tem objetivo de servir como um guia orientador do trabalho a ser desenvolvido, prevendo reajustes ao longo do tempo, que prevê uma data de início e de fim das atividades planeadas. O cronograma de atividades tem em alerta o espaço temporal durante o qual perspetivamos concretizar o PI, os recursos humanos e materiais necessários, assim como, todas as atividades desenvolvidas para o efeito. Para uma colaboração suplementar foi criado também um cronograma de estágio, a fim de objetivar o tempo de conclusão das tarefas a serem realizadas (Apêndice K).

Após a elaboração dos objetivos do projeto é essencial a construção de um plano de ação. A terceira fase da metodologia de projeto é composta pelo planeamento, são definidas as atividades a desenvolver, “realiza-se o levantamento dos recursos existentes, definem-se os

métodos e as técnicas de pesquisa e elabora-se o cronograma” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.20).

O planeamento deste projeto teve início seguindo as normas do regulamento do ciclo de estudos que confere o grau de Mestre da Universidade de Évora, com a elaboração da Proposta de Projeto de Estágio e respetivo plano de trabalho (Apêndice L). Assim, após cumpridas todas as ações envolvidas para elaboração do P.I foram planeadas as estratégias e atividades a desenvolver por todo o percurso formativo. Tanto o planeamento do projeto como as restantes etapas do mesmo, foram discutidas permanentemente com a Professora Orientadora.

Segundo as informações de Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o uso e as escolhas das atividades, estratégias e meio a realizar, relacionam-se de forma direta com os objetivos específicos delineados, pelo que se formulou a descrição das atividades e estratégias seguindo a seguinte forma de apresentação.

1º *Objetivo Específico* - Adquirir conhecimento e competência na área do controlo da dor utilizando intervenções não farmacológicas.

Para alcançar este objetivo foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica sobre a temática, com o objetivo de desenvolver e aprofundar conhecimentos, fazendo uso da literatura mais atual baseada em dados científicos. Posteriormente foi realizada uma Scoping Review cujo o resumo encontra-se no (Apêndice H).

Com a elaboração deste projeto sabendo que é apenas parte de um todo, o caminho educativo que visa a aquisição de competência comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre, a elaboração deste artigo promoveu, também, o desenvolvimento destas competências.

Com a elaboração da Scoping Review foi permitido também desenvolver competências comum D2 do Enfermeiro Especialista definida no Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário da República nº 26 de 6 de fevereiro de 2019: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Segundo as competências do grau de Mestre a composição do artigo científico, investigou dar resposta à competência definida no artigo nº 15 do Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018 (p.4162), “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão” “sustentando-se nos conhecimentos obtidos”, e “permitam desenvolvimento de investigação”.

2º *Objetivo Específico* - Sensibilizar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacologias no primeiro ano de vida;

O diagnóstico de situação que foi feito segundo a análise SWOT onde evidenciou que nas equipas de enfermagem de três serviços diferentes, existiam muitos enfermeiros recém-licenciados ou com pouca pratica em pediatria e no controlo da dor utilizando medidas não farmacológicas, segundo essas análises retiradas das entrevistas com chefes e coordenadores de equipas verificou-se que, os Enfermeiros evidenciavam pouco conhecimento acerca das intervenções não farmacológicas e tinham um deficit de utilização das mesmas, na prestação de cuidados.

Durante o percurso de estágio, em simultâneo com os enfermeiros orientadores nos contextos de estágio, optou-se por planear 2 sessões de formação às equipas de enfermagem da USF e SUP.

Portanto, uma das estratégias definidas para concretização deste objetivo foi a realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática abordada direcionadas a enfermeiros em cada um dos serviços supracitados. As recomendações das instituições indicam para o progresso de ações de formação e sensibilização viradas aos profissionais de saúde, como estratégia para obter um consistente e eficaz controlo da dor na criança Batalha, (2010 citado por Morganheira, 2018).

Foi realizado também um poster com as estratégias não farmacologias para controlo da dor em RN para o serviço de Internamento de Pediatria (Apêndice G). Observamos que o conhecimento ao estar disponível e exposto no local de trabalho dos enfermeiros facilita e promove a utilização das medidas não farmacológicas, uma vez que o poster transmite de forma rápida e clara a informação essencial sobre um tema.

Outras das estratégias utilizadas para atingir este objetivo relaciona-se com a elaboração de propostas de normas de procedimento no âmbito do alívio de dor, especificas a

cada um dos serviços. Considerando que as normas de procedimento são um fio condutor para cuidados de qualidade esta temática conta com a descrição minuciosa e fundamentada de determinado procedimento de Enfermagem, desejámos com a sua elaboração promover a uniformização e melhoria dos cuidados prestados.

Batalha (2010), declara que as normas e protocolos são importantes para a sensibilização da equipa de enfermagem acerca da temática da dor, clarificam a responsabilidade e o papel dos profissionais, promovendo a qualidade dos cuidados. O mesmo autor relata que “a existência de poucos protocolos escritos vem sendo apontada como um dos obstáculos à eficaz prevenção e tratamento da dor, facto que é ainda uma lacuna em muitos dos nossos serviços de saúde” (Batalha, 2010, p.91).

3º Objetivo Específico - Capacitar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacológicas no primeiro ano de vida;

As capacitações das equipas de enfermagem seguirão a linha de evidência comprovada através de sessões de formação, propostas de normas de procedimentos, elaboração de guião de boas praticas.

Com a elaboração deste objetivo foi permitido também desenvolver competências comum do Enfermeiro Especialista definida no Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário da República nº 26 de 6 de fevereiro de 2019: D2.2 “Suporta a prática clínica em evidencia científica”.

4º Objetivo Específico - Descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com dolorosos no primeiro ano de vida.

Este projeto deseja, também, saber quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros nos diferentes contextos no qual é implementado. Depois de identificar quais os procedimentos dolorosos são realizados aos recém-nascidos e lactentes, nestes serviços, queremos descrever as intervenções não farmacológicas realizadas pelos Enfermeiros e analisar os dados obtidos, com um intuito apenas descritivo. A execução deste objetivo específico implica a análise e interpretação dos resultados obtidos no questionário aplicado na USF durante o Estágio I o qual foi obtido através do relatório final de estágio realizado no decorrer do

Mestrado em Associação finalizado pela Colega Dina Morganheira no ano de 2018, (Morganheira, 2018) o mesmo é descrito no (Apêndice M).

É importante citar, que foram refletidos todos os contributos individuais dos elementos de equipa, que aceitaram participar no projeto, particularmente os contributos e ajuda essencial do enfermeiro orientador de estágio e da professora orientadora. Com isso, são apresentadas de seguida, as atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos, delineados oportunamente, para os contextos dos estágios do Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Na USF foram planeadas as seguintes estratégias e atividades expostas no quadro 2:

Quadro 2 – Atividades e estratégias planeadas na USF.

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos matérias
Realização de estágio na USF	Responsável pelo projeto; Enfermeira supervisora; Professora orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável pelo projeto; Enfermeira supervisora; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Elaboração de um Estudo de caso em contexto CSP visando o desenvolvimento do lactente	Responsável pelo projeto; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro coordenador da unidade, enfermeiro orientado para levantar as necessidades sentidas pela equipa	Responsável pelo projeto; Enfermeira coordenadora; Enfermeira supervisora.	Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão;	Responsável pelo projeto; Enfermeira coordenadora; Enfermeira supervisora	Sala de reuniões Computador Impressora

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Construção da grelha de observação (Apêndice 11)		Folhas de papel e esferográficas
Realização de sessão de formação (Apêndice 1), à equipa, sobre a temática em estudo, de acordo com o plano de sessão.	Responsável pelo projeto; Enfermeira coordenadora; Enfermeira supervisora; Equipa de Enfermagem.	Sala de reuniões Projetor Computador

Fonte: Elaboração própria

No seguimento de dar continuidade às atividades planeadas foi realizado um levantamento dos recursos e mais valias disponíveis, internas e externas, que facilitassem o planeamento do projeto. Os recursos podem ser materiais e humanos, sendo estes determinados pelo responsável do projeto de acordo com os objetivos que se pretende alcançar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Comparativamente aos recursos humanos, são mencionados os enfermeiros da equipa e enfermeira coordenadora, uma vez, que são estes os principais elementos de mudança na busca contínua de melhoria de cuidados prestados ao RN e lactente. De salientar também, como recurso humano, a professora orientadora foi um recurso essencial no encaminhamento e orientação do projeto. A relação de confiança entre profissionais e o reconhecimento das competências, permitiu-nos alcançar um consenso, relativamente aos objetivos a atingir.

As atividades desenvolvidas na SUP e o planeamento das mesmas foi realizado de uma forma muito semelhante ao anterior. Sendo assim foram planeadas as seguintes estratégias e atividades para a SUP (quadro 3):

Quadro 3 – Atividades e estratégias planeadas na SUP.

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais
Realização de estágio na SUP	Responsável pelo projeto; Enfermeira supervisora; Professora orientadora.	

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável pelo projeto; Enfermeira supervisora; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo científico sobre a temática (Apêndice 6)	Responsável pelo projeto; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro chefe do serviço, enfermeiro orientado para levantar as necessidades sentidas pela equipa	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe do serviço; Enfermeira supervisora.	Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão; Construção da grelha de observação (Apêndice 11)	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe; Enfermeira supervisora	Sala de reuniões Computador Impressora Folhas de papel e esferográficas
Realização de sessão de formação (Apêndice 2), à equipa, sobre a temática em estudo, de acordo com o plano de sessão.	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe; Enfermeira supervisora; Equipa de Enfermagem.	Sala de reuniões Projektor Computador
Elaboração de proposta de norma de procedimento referente a Glucose à 30% como medida não farmacológica utilizado no alívio da dor no primeiro ano de vida (Apêndice 3)	Responsável pelo projeto;	Computador Internet Biblioteca Pasta para aquivo da norma Impressão a cores da norma para ficar no serviço

Fonte: Elaboração própria

Após a realização da Sessão de Formação houve ainda a oportunidade de contributos para o desenvolvimento do projeto com informações pertinentes da enfermeira chefe sobre a temática abordada assim como da equipa de enfermagem. Para a realização da formação em serviço e reunião, recorreremos à utilização do equipamento tecnológico da instituição (projedor), assim como, o espaço físico da mesma, tendo havido a preocupação de antecipadamente, realizar divulgação da formação toda a equipa.

Quadro 4 – Atividades e estratégias planeadas no Internamento de Pediatria.

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais
Realização de estágio na IP	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor; Professora orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo científico sobre a temática (Apêndice 6)	Responsável pelo projeto; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro chefe do serviço, enfermeiro orientado para levantar as necessidades sentidas pela equipa	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe do serviço; Enfermeiro supervisor.	Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe; Enfermeiro supervisor.	Sala de reuniões Computador Impressora
Elaboração Guião de Boas práticas com medidas não farmacológicas utilizados no	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor;	Computador Impressão a cores do Guião A5

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

alívio da dor no primeiro ano de vida. Para pesquisa no serviço (Apêndice 4).		Encadernação do Guião
Elaboração de um Poster, para sensibilização da equipa de enfermagem fixado na sala de tratamentos (Apêndice 5).	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor;	Computador Impressão a cores do Poster A2 Plastificação do Poster

Fonte: Elaboração própria

Por fim foi realizado o estágio no serviço de UCIN onde foi igualmente delineado um plano de ação, uma vez mais, semelhante aos anteriores, o qual é apresentado de seguida (quadro 5).

Quadro 5 – Atividades e estratégias planeadas na UCIN.

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos matérias
Realização de estágio na UCIN	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor; Professora orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável pelo projeto; Enfermeira supervisora; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo científico sobre a temática (Apêndice 6)	Responsável pelo projeto; Professora orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro chefe do serviço, enfermeiro orientado para levantar as necessidades sentidas pela equipa	Responsável pelo projeto; Enfermeira chefe do serviço; Enfermeira supervisora.	Sala de reuniões
	Responsável pelo projeto;	Sala de reuniões

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão	Enfermeira chefe; Enfermeira supervisora.	Computador Impressora
Elaboração de uma proposta de norma de procedimento das intervenções não farmacológicas utilizadas em Neonatologia (Apêndice 7).	Responsável pelo projeto; Enfermeiro supervisor;	Computador Impressão a cores A4 Encadernação da Norma

Fonte: Elaboração própria

No decorrer deste estágio, procedemos ainda, à aplicação do instrumento de colheita de dados, através de um questionário aplicado na USF existente no (Apêndice M), através da qual obtivemos os nossos resultados (Morganheira, 2018).

Salvaguardamos ainda, que apesar da colheita de dados ter sido realizada somente em um campo de estágio, os 4 contribuíram em larga escala, para o desenvolvimento do planeamento do PI e consolidação dos objetivos do mesmo.

3.4. EXECUÇÃO DO PROJETO

A próxima etapa corresponde à execução, e trata-se da realização/ materialização das atividades, pondo em prática tudo o que foi planeado. Opera na resolução do problema selecionado através da mobilização de meios, o que implica divisão de tarefas e gestão do tempo, estabelecidos antecipadamente. Podem surgir necessidades de reformulação perante a exigência de contratempos pelo que devem ser colocadas em práticas medidas que garantam a execução dos objetivos. Os instrumentos de diagnóstico passíveis de serem utilizados “incluem a observação direta, entrevistas, questionários, recolha e consulta de documentos” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010: p. 23).

Nogueira (2005, cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 24) menciona que “a elaboração e execução de um projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação” está explicitamente ligada a uma ação-investigação que deve ser concomitantemente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual”.

Ao pensar na elaboração deste PI, mediante o diagnóstico de situação que nos permitiu observar e identificar as necessidades de cada serviço onde os estágios foram realizados, com a definição de objetivos e o planeamento das estratégias segue-se a implementação do projeto de intervenção. Como já foi citado anteriormente P.I trata-se de um projeto transversal aos quatro momentos de estágios cujo o denominador comum em toda a intervenção é implementar o uso de medidas não farmacológicas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida - foram refletidas todas as especificidades de cada contexto e os resultados obtidos através da análise dos dados reunidos na fase de diagnóstico de situação.

A aprendizagem e o domínio das intervenções não farmacológicas para alívio da dor exigem formação e treino por parte das equipas de enfermagem (OE, 2013). Portanto, para dar resposta ao objetivo de número 3, foi implementada na equipa sessões de formação com evidencia da temática no âmbito do alívio e controlo da dor em idade pediátrica, direcionando a formação para as necessidades de cada serviço. Foram planeadas duas sessões de formação, uma em cada um dos locais. Previamente, validou-se esta necessidade através de entrevista com o Enfermeiro Chefe e com a Enfermeira Orientadora de cada uma das unidades de saúde, que concordaram com a estratégia emitindo parecer favorável à realização das sessões de formação tendo em atenção as medidas de segurança referente ao contexto pandémico vivenciado. As realizações das atividades propostas seguiram o planeamento e elaboração das sessões de formação, e o tema foi discutido e acompanhado pelo Docente orientador dos Estágios.

As sessões de formação/educação para saúde realizadas, foram incluídas no plano de formação já existente nas instituições, seguindo as normas da instituição e foram atempadamente agendadas para datas simultâneas com momentos de formação em equipa já pré-definidos, devido ao contexto pandémico na USF, foi utilizada a sala de reuniões ampla para acomodar todos enfermeiros em segurança, na SUP foram realizadas na sala de reunião perto do horário da passagem De turno de modo a seguir as regras referidas anteriormente, possibilitando a adesão do maior número de elementos à formação.

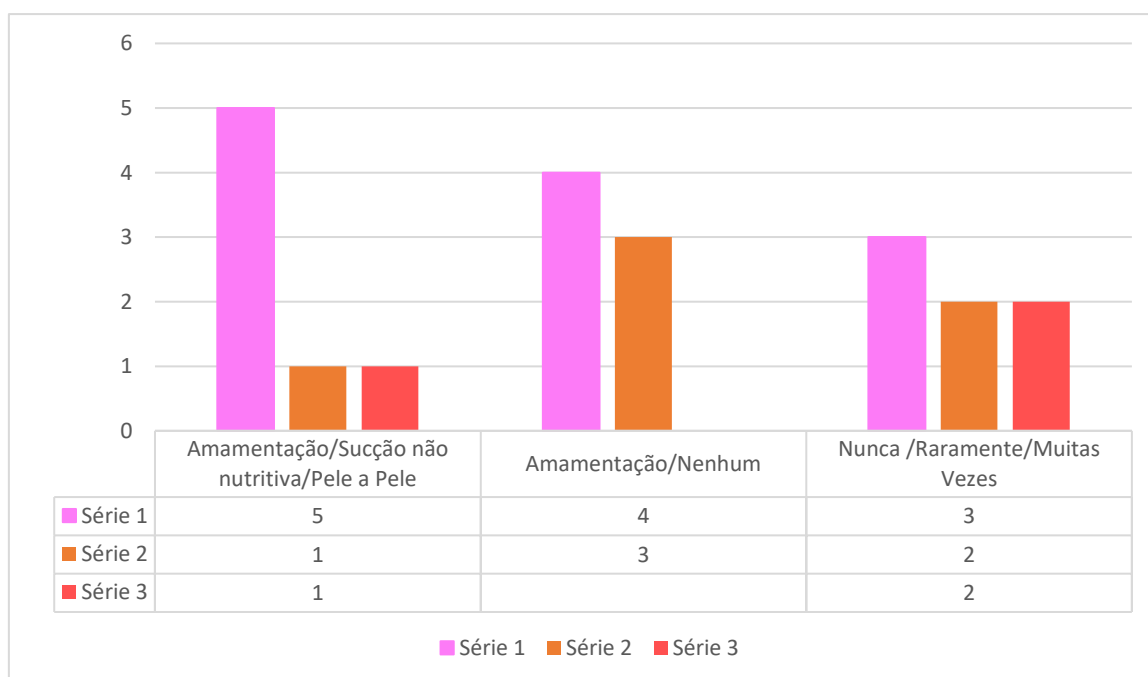
Foram antecipadamente elaborados planos de sessão para cada uma das formações, atendendo às particularidades de cada instituição (Apêndice A e C). Foi utilizado o método expositivo, segundo Paim, Iappe & Rocha (2015) neste sistema cabe ao formador a explicação, apresentação e a demonstração de conhecimentos, competências e tarefas. O formador é, nestes casos, um recetor de conhecimentos, contudo não de forma passiva. Durante as sessões

de formação realizadas para além da exposição de conteúdos científicos atualizados, promoveu-se a participação, discussão e partilha de ideias, criando um ambiente sugestivo de partilha de dados e comentários sobre a temática do trabalho.

As apresentações das sessões realizadas tiveram como suporte informático o software *Power Point*, no qual foram criadas as apresentações utilizadas como fio condutor de cada uma das sessões (Apêndice B e D). Com o propósito de analisar as sessões na USF, mediante a entrevista realizada anteriormente a sessão onde a coordenadora da unidade e a enfermeira orientadora referiram que a maior parte dos elementos nunca trabalharam com crianças antes da abertura da unidade em 2018, especialmente, sabendo que a investigação-ação prevê uma mudança, foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimento sobre a temática antes da apresentação da sessão de formação, no qual se pretendeu avaliar a utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida consultado no relatório de estágio final da colega Morganheira, 2018 (Apêndice M). Os resultados da avaliação do impacto da formação são apresentados e discutidos neste relatório.

Antes da realização da sessão de formação, a formadora sabia que a capacitação e sensibilização da equipa de enfermagem seria bastante pertinente, ambos objetivos específicos desse PI os gráficos exibidos na figura 3 comprovam essa informação.

Figura 3 - Dados do questionário (Apêndice M) (Morganheira, 2018).



Fonte: Elaboração Própria

Podemos evidenciar que através do questionário acima referido, os elementos de enfermagem tinham um deficit na questão da utilização das intervenções não farmacológicas para benefício da RN/Lactente e família, e a sessão abordou uma temática bastante pertinente e adequada à necessidade da unidade, e assim, a análise e discussão da sessão no final da apresentação foram bastantes positivas.

No domínio do conhecimento das intervenções não farmacológicas (n=5) enfermeiros tinham o conhecimento da Amamentação, (n=1) Sucção na Nutritiva e (n=1) de Contato Pele-a-Pele. No domínio da utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida (n=4) manifestaram que utilizavam e (n=3) que não faziam uso desta intervenção. No domínio da frequência com que utilizavam intervenções não farmacológicas (n=3) responderam que nunca utilizavam, (n=2) utilizavam raramente e (n=2) utilizavam muitas vezes.

Na USF ficou evidenciado que era bastante pertinente realizar a sessão de formação, de forma a capacitar e sensibilizar a equipa na utilização de intervenções não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida. Os enfermeiros da equipa no final da sessão, tiveram um momento de contribuição para a temática abordada e PI, e relataram a importância desta temática, pois os elementos da equipa ficaram bastantes sensibilizados para manter as boas práticas de cuidados de qualidade na população pediátrica, fazendo uso então de intervenções não farmacológicas de fácil acesso à população, de modo a beneficiar mãe/bebe até mesmo na conquista da confiança profissional/utente. Foi referido a importância da utilização destas intervenções, de custo baixo ou zero para a instituição. Atingido com êxito dois dos objetivos específicos no nosso projeto.

O método expositivo da sessão de formação foi o através do software Power Point, de forma dinâmica e explicativa, para melhor capacitar os profissionais de enfermagem, utilizando uma comunicação assertiva e concisa. Foram informadas as instituições, de modo a ser utilizado por maior número de pessoas, mas respeitando os cuidados de segurança em contexto pandémico.

Em simultâneo com a realização do Estágio I foi efetuada a realização de um Estudo de Caso sobre “Obesidade Infantil no primeiro ano de vida, consulta de desenvolvimento infantil”. O estudo de caso de enfermagem é uma análise aprofundada de um grupo ou unidade, tendo em conta a sua complexidade e dinamismo próprio, promovendo comunicações pertinentes para a tomada de decisão clínica de enfermagem (Simões, 2017).

No Estágio Final, para complementar as atividades planeadas em contexto prático foi elaborado uma Scoping Review, para realização de um artigo científico seguindo a metodologia de revisão Joanna Briggs Institute e teve como objetivo, mapear na literatura os tipos de intervenções não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida. Foram incluídos nesta revisão 6 artigos de diversos estudos tais como, estudo randomizado, revisão integrativa de literatura, estudo exploratório e pesquisa convergente. As principais conclusões que constatamos com a resolução do estudo, foi a necessidade de capacitação profissional, para melhorar os cuidados e reduzir situações e stress. Face a dor aguda no neonato e lactente, utilizando intervenções não farmacológicas para alívio da dor.

Segundo com Bettinelli, Waskiewicz e Erdman (2003, p.233) “o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana”.

Contudo que já foi referido anteriormente para execução do PI, uma das estratégias avaliadas no planeamento deste projeto, foi a elaboração de normas de procedimento sobre as intervenções não farmacológicas de alívio da dor, nos diferentes contextos de Estágio. Também foi elaborado um poster, de forma a sensibilizar os profissionais na utilização de intervenções não farmacológicas, para ser afixado na sala de intervenções invasivas, no serviço de Internamento de Pediatria. Bem como, um guião de boas práticas para consulta no respetivo serviço.

Na Realização e execução do PI, partimos do pensamento mental para a prática real, os intervenientes vão-se deparando com diversos problemas e novas organizações que ao serem resolvidas e ultrapassadas têm o potencial de alargar o leque de competências dos participantes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O que torna a execução extremamente importante, é a participação ativa do orientador do projeto no sentido de manter todos os participantes estimulados durante todo o processo de execução, levando à concretização das atividades planeadas por parte dos participantes. É também uma fase de procura ativa de dados, documentos e informações que contribuam para a resolução do problema detetado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Posto isto, acreditamos que esta problemática é extremamente importante e interessante, e na impossibilidade de concluir a implementação do presente PI, consideramos

importante dar continuidade ao mesmo, no sentido de cruzarmos outras variáveis, aos resultados atualmente obtidos.

3.5. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROJETO

A etapa da avaliação deverá ocorrer em várias circunstâncias, durante a implementação de um projeto e pressupõe-se que seja realizada no final da implementação do mesmo, avaliação intermédia e avaliação final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Um dos pormenores da Metodologia de Projeto, é observar uma avaliação contínua ao longo de todo o desenvolvimento, pois esta particularidade permite a redefinir os objetivos, atividades planeadas e seleção dos meios, no sentido de aperfeiçoar a coerência, eficácia e eficiência do projeto a desenvolver (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Ainda que o presente PI tenha sido realizado e implementado, seguiu uma linha de orientação e foi devidamente planeado, respeitando as várias etapas da Metodologia de Projeto. Foi ainda executada uma avaliação contínua de todas as suas fases e etapas com objetivo de ultrapassar adversidades pessoais e as barreiras de natureza funcional, organizacional e de gestão com que nos fomos deparando ao longo de todo o processo. Houveram ainda circunstâncias de reflexão e de consultadoria, sobretudo durante o planeamento e a execução, tanto com a professora orientadora como com alguns elementos de referência da equipa de enfermagem, pelo que inevitavelmente procurámos agregar as alterações e sugestões dos vários intervenientes.

“Nesta etapa deve questionar-se sobre o trabalho realizado até ao momento, grau de satisfação, sugestões para possíveis melhorias”. (...) É fundamental que o(s) participante(s) entenda(m) que pode(m) (re)planear, (re)elaborar; (re)produzir; criar novas hipóteses; mudar de percursos e processos.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010: p. 25).

Após o diagnóstico de situação, que nos permitiu recolher e identificar dados e necessidades, a definição dos objetivos e atividades planeadas, foram atingidas, seguindo o planeamento de estratégias para implementação do PI. Como referida anteriormente, trata-se de um projeto transversal aos quatro contextos de Estágio pelo que, apesar de haver um

denominador comum em toda a intervenção – promover o uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, foram ponderados as especificidades de cada contexto e os resultados obtidos através da análise dos dados recolhidos na fase de diagnóstico de situação.

Na organização específica da implementação deste projeto, foi possível a aplicação na sua totalidade dos objetivos propostos. Contudo, foi possível executar atividades que visaram contribuir para a capacitação e sensibilização dos enfermeiros para contribuir para a melhoria da prestação de cuidados a nível da dor ao RN/lactente, em situação de especial complexidade.

Portanto, sendo que este projeto se encontra em fase de implementação, tratando-se de um processo potencialmente ajustável e dinâmico, todos os instrumentos e documentos desenvolvidos são passíveis de sofrer alterações, mediante a opinião e a perceção dos vários intervenientes, com vista à sua adequação, face às dinâmicas e realidades do serviço, até ao seu envio para aprovação.

Com base na análise e discussão dos resultados obtidos com a implementação deste P.I, observamos que todas as atividades propostas foram executadas com êxito conforme havia sido delineado e os objetivos delimitados para este projeto foram atingidos com sucesso.

4. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

No plano de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação existiram 2 momentos de estágios, o Estágio I e o Estágio Final, sendo que o primeiro decorreu entre 17 de maio de 2021 a 25 de junho de 2021 e teve lugar numa perspetiva de CSP. Posteriormente, entre 13 de setembro de 2021 a 18 de janeiro de 2022 decorreu o Estágio Final, que foi repartido em três momentos: em serviço de SUP, IP e por fim na UCIN.

Dos quais definiram-se objetivos gerais para aquisição de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP na abordagem à criança/jovem e suas famílias, numa perspetiva científica, holística e personalizada. Esse percurso foi desenvolvido através de uma sequência de estágios direcionado para áreas de atuação diferenciadas.

Os objetivos definidos como gerais para o percurso global de estágio foram:

- Desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicas de enfermeiro especialista no âmbito da saúde da criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de vida;
- Promover uma melhora na qualidade de cuidados de saúde utilizando recursos como à prática baseada na evidência e aos princípios éticos e deontológicos do enfermeiro;
- Promover a gestão da dor aguda em RN e Lactentes.

Para o desenvolvimento de competências é necessário o processo de cuidar estar presente, muitas vezes ligados a pessoa, esse desafio de conhecimentos e recursos na prática efetivam a relação entre competências e exercício profissional (Serrana, 2011). Segundo Le Boterf (2003), a competência é defendida como capacidade manifestada pela pessoa na gestão eficaz de uma situação profissional complicada, deparando-se com a capacidade no domínio do saber fazer, saber ser e saber estar.

A aquisição de competências clínicas especializadas “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (OE, 2019, p.4745).

Para que o exercício profissional seja de Excelência é necessário que o seu desenvolvimento venha ser sustentando por competências. No capítulo seguinte desejámos

elucidar todo o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP e sobre a aprendizagem das competências de Mestre, tendo por base as conjunturas de prática clínicas vivenciadas anteriormente.

4.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os EE detêm de competências comuns que são aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de qualidade em saúde, essas competências envolvem as dimensões da educação dos utentes e profissionais, de aconselhamento, orientação, liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar e promover investigação relevante e pertinente, que permita uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2019).

As competências comuns do EE estão divididas em quatro domínios, sendo que em cada domínio é realizado o enquadramento com o contexto da prática clínica dos estágios.

- *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

Visando o domínio da responsabilidade, ética e legal, surge a necessidade de uma prática que se baseie no enquadramento legal, dos princípios éticos e deontológicos da profissão, especificamente na área de especialidade, aproximando o respeito pelos direitos da pessoa e das próprias responsabilidades resultantes do exercício da profissão (OE, 2019).

Esse domínio requer conhecimento que pode ser sustentado por disciplinas que são os pilares da profissão. Ao longo de todo o percurso do Mestrado em Associação, foram contruídos um percurso formativo onde foi possível relembrarmos conceitos, regras e normas de conduta, nomeadamente na unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.

Falar de enfermagem e Cuidados de enfermagem numa perspetiva epistemológica faz-nos ancorar nos quatro conceitos que estão definidos no Enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros e que se constituem como meta-paradigma de enfermagem: A Pessoa, a saúde, o ambiente e cuidados de enfermagem (Nunes, 2018).

Os cuidados de enfermagem concentram-se na relação interpessoal, de um enfermeiro e um grupo de pessoas, ou de um enfermeiro com uma pessoa (família ou comunidades). A Pessoa é entendida como ser social ancorado em “valores, crenças e desejos de natureza individual” (OE, 2001, p.8), o que a define como um “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.9).

Nos quatro contextos de estágio, e em todas as situações de prestações de cuidados de qualidade as tomadas de decisão, respeitamos sempre os princípios no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, mediante os direitos e deveres, assim como os valores defendidos pelo código Deontológico. A nossa atuação vai de encontro com os princípios éticos, valores e normas deontológicas (OE, 2019).

Quando falamos da profissão de enfermagem e dos valores que lhe estão subordinados, na orientação do pensamento a cada decisão e do agir profissional e em conformidade com o código deontológico da profissão, considera-se que os valores éticos são a matriz da tomada de decisão. É na nossa responsabilidade perante os outros e na forma com que materializamos essa responsabilidade, do ponto de vista do dever. No disposto no nº1 do Artigo 99º do código deontológico, são definidos os valores universais que norteia todo o exercício profissional de enfermagem, entendidos como o expoente máximo da ética profissional (OE, 2005).

Mantendo o seguimento do campo ético e legal, podemos citar que durante as colheitas de dados para avaliação inicial dos recém-nascidos/lactentes/crianças e jovens, para o acolhimento no serviço de Internamento de Pediatria, SUP, e UCIN e na transmissão das informações clínicas referentes às crianças, o diálogo com os familiares decorreu de forma individualizada, em privacidade de forma a respeitar a confidencialidade das informações. Dar ênfase também ao Estudo de Caso elaborado nos CSP do Estágio I foram respeitadas todas as informações da criança e a sua confidencialidade de modo que não se consiga saber a identidade da mesma.

E de referir que as consultas de desenvolvimento infantil realizadas no Estágio I em USF baseiam se no PNSIJ (2013), sendo as sequencias das consultas da seguinte forma: primeiro é realizada a consulta de enfermagem e posteriormente a consulta medica, havendo uma articulação e comunicação sobre possíveis alterações no desenvolvimento infantil ou sinais de alarme, que sejam detetados por ambos os profissionais, de modo a permitir um

acompanhamento futuro da situação ou, se necessário, o encaminhamento para outros profissionais de saúde.

Introduzidos numa área de particularidade onde o foco do cuidar está assente no binómio criança/jovem e família, podemos referir que os direitos presentes na Carta de Direitos da Criança hospitalizada (Lévy, 1996) foram cumpridos e respeitados. A prestação de cuidados à criança/jovem e família assentam no modelo parcerias de cuidados e nos cuidados centrados na família. Ambos os modelos estiveram sempre presentes durante a trajetória de estágios percorridos pela discente, nos diferentes contextos clínicos, que visam tratar a criança e sua família, coincidindo com uma parceria de cuidados prestados às crianças pelo enfermeiro e seus cuidadores principais através de um processo de planificação dos cuidados e negociação, tendo sempre em conta o interesse superior da criança.

Em síntese de todo esse processo, este domínio é o reflexo dos cuidados que concedemos ao longo dos quatro momentos de estágios, assim como na elaboração de todos os trabalhos realizados ao longo do desenvolvimento do PI em enfermagem. Para o alcance do sucesso na aquisição de competências neste domínio deve-se às tomadas de decisão conscientes e sustentadas nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, tendo como princípios a segurança, privacidade e dignidade da criança/jovem e família.

- *Domínio da melhoria contínua da qualidade*

Nesta competência e domínio o Enfermeiro Especialista colabora em projetos institucionais na área da qualidade, avaliação das práticas e eventual revisão das mesmas, implementação de programas de melhoria contínua e gere um ambiente seguro e terapêutico (OE, 2019).

A realização do Projeto de Intervenção “atuação do enfermeiro especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas”, permitiu-nos desenvolver e materializar de um projeto de melhoria de cuidados sobre a gestão da dor no RN e lactente, mobilizando conhecimentos e habilidades sobre a temática que foram obtidos pelo recurso à investigação.

A competência B1.2 “Orienta projetos institucionais na área da qualidade” (OE, 2019: p.4747) foi desenvolvida através da elaboração de proposta de normas de procedimento em

dois diferentes contextos hospitalares, integradas na temática do projeto de Estágio desenvolvido, com o desígnio de sintetizar a comunicação atual e relevante e contribuir para a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Roque, Bugalho & Carneiro (2007) as normas compõem a base de referência para programas de qualidade em saúde.

Na SUP foi elaborada uma proposta de norma de procedimento, sobre intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos utilizados em populações específicas dos 0 ao 1 ano de idade, nomeadamente a Glucose a 30%, a pedido específico da enfermeira chefe, pois queria implementar aos enfermeiros recém-licenciados. No internamento de pediatria foi elaborada um guião de boas praticas com as intervenções não farmacologias no primeiro ano de vida. Na UCIN verificou-se que já existia uma norma da dor, porém encontrava-se desatualizada. Nesta conjuntura, foi realizada a atualização da norma existente, atualizando, as indicações sobre as intervenções não farmacológicas a serem realizadas em procedimentos dolorosos neste serviço.

As normas de procedimentos elaboradas (Apêndices E, F e I) proporcionaram atingir os critérios de avaliação de competências B1.2.3 “colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições”; B2.2.4. “Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa pratica”; B2.3.2. “Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes” (OE, 2019, P.4747)

Ao longo de todo o percurso de estágios, nos cuidados prestados a criança/família foi assegurada um ambiente terapêutico e seguro, respeitando as medidas de controlo de infeção e prevenção dessas medidas e assegurada também a satisfação das necessidades culturais das crianças e famílias.

- *Domínio da gestão dos cuidados*

No que diz respeito a essa competência, domínio da gestão de cuidados, “o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019: p.4748).

Fortalecemos estas competências através da promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, evidenciando a responsabilidade e a importância do impacto dos

cuidados de Enfermagem, quer juntos dos enfermeiros quer em junção de outros profissionais e também das crianças e famílias.

Durante o percurso a nível hospitalar, foram desenvolvidas diversas atividades de gestão, supervisão e coordenação que permitiram aquisições de competências neste domínio. Todos os enfermeiros orientadores dos estágios em contexto hospitalar eram chefes de equipa ou enfermeiros de referência da equipa, pelo que permitiu entender e colaborar na área da gestão e organização de recursos, assim como, na distribuição e delegação de tarefas dos utentes pelos enfermeiros. Os métodos de trabalho identificados nos locais de estágio foram método por responsável, que se descreve em prestação de cuidados globais e personalizados, existindo uma continuidade nos cuidados e uma relação de ajuda mais eficaz com o utente e família.

No estágio da USF, por um curto período de tempo a enfermeira orientadora ficou a substituir a enfermeira coordenadora por motivos de isolamento profilático em contexto de pandemia, o que nos permitiu colaborar também na gestão da unidade, nomeadamente na otimização e reposição dos stocks de farmácia e na elaboração do horário da equipa de enfermagem, assim como elaborar a escala semanal de cada elemento da equipa nas diversas atividades assistências, bem como nas atividades extra laborais em contexto pandemia SARS-CoV (como vacinação, e colheitas de testes...).

Ainda na USF foi possível adquirir essas competências a nível da consulta de desenvolvido de saúde infantil “otimizando a processo de cuidados a nível da tomada de decisão” utilizando C1.1.4 “reconhece quando deve negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2019: p.4748). No seguimento da consulta foi evidenciado sinais de alarme referente aos lactentes evidenciados no estudo de caso referente a avaliação do Estágio I, onde o lactente foi encaminhado para consulta de nutrição no hospital de referência e para os colegas da intervenção precoce.

Decreto-Lei n.º 281/2009, desenvolveu a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Visando garantir o desenvolvimento das crianças cujo o crescimento pessoal e social seja adequado a sua idade, não contendo risco grave para o seu desenvolvimento. O SNIPI abrange crianças de 0 aos 6 anos de idade, tem como alguns dos objetivos:

“Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em todo o território nacional; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;(Decreto-Lei n.º 281/2009, p. 7299).

Na SUP tivemos oportunidade de fazer a verificação de stocks de material, fármacos e teste do desfibrilhador do carro de emergência, assim como, todos os equipamentos existentes na sala de emergência, uma vez que a chefe de equipa neste serviço está sempre escalada para sala de emergência, no decorrer do turno, se a sala não for utilizada, a chefe de equipa, auxilia todos os elementos da equipa nos diferentes postos de trabalho.

A experiência de realizar um estágio na companhia de outro enfermeiro mais experiente naquele contexto de serviço, acaba por assumir um papel de liderança que nos permitiu desenvolver os seguintes critérios de avaliação: “C.2.1.1 Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”; “C.2.1.3 Coordena a equipa de prestação de cuidados”; “C.2.1.4. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”; “C.2.1.5 Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019, p. 4748).

Os contextos de ensino são determinantes para desenvolvermos competências na área da liderança e governação clínica e validarmos que o Enfermeiro Especialista detém um papel relevante na gestão dos cuidados, detalhadamente, na adequação dos recursos humanos e materiais necessários para obter ganhos em saúde e uma melhoria dos cuidados de enfermagem e de saúde prestados ao utente/família.

- *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

No que diz respeito a essa competência podemos redigir que “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE,2019: p.4749). No que diz respeito ao desenvolvimento desse domínio, EE deve deter de capacidade de autoconhecimento e ser conciliador na gestão de conflitos em situações de tensão, assim como, basear a sua prática em evidência clínica e científica (OE, 2019).

Ainda que o percurso académico tenha favorecido inumeráveis oportunidades de aprendizagem, consentindo fazer a ponte entre a teoria e a prática dos cuidados, este caminho também se transpôs numa permanente busca pelo autoconhecimento e pela identificação dos nossos limites pessoais e profissionais.

No que diz respeito à competência “D2 – “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749) podemos mencionar que a realização de um estudo de caso teve por base a pesquisa de vários artigos, assim como, elaboração de Scoping Review sobre “medidas não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida” teve por base uma pesquisa de artigos científicos sobre a temática na atualidade.

Durante o estágio, de forma a obedecer os objetivos do projeto de intervenção e do projeto de estágio, realizamos 2 sessões de educação e formação às equipas de enfermagem, sobre o “controlo da dor em procedimentos dolorosos – intervenções não farmacológicas, tendo como base de referência os documentos da OE, DGS e OMS. As sessões de educação para saúde possibilitaram desenvolver a unidade de competência “D.2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”, e ao executarmos uma avaliação pós formação contribuímos para o critério de avaliação “D.2.1.5 – Avalia o impacto da formação” (OE, 2019, p.4749).

Para complementar a formação a estudante participou das seguintes jornadas: Curso European Paediatric Advanced Life Support (EPALS), Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, que decorreu nos dias 24 e 25 de setembro de 2021 na Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Beja, com o objetivo de desenvolver competências especializadas em ESIP (Apêndice N); No I Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente que decorreu nos dias 20 e 21 de maio de 2021 (Apêndice O); Curso Saúde Mental e Neuro desenvolvimento “O diagnóstico no bebé e na criança baseado na DC 0-5” que decorreu nos dias 24 e 25 de maio de 2021, que teve o objetivo de adquirir competências em áreas específicas (Apêndice P).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais consente que o enfermeiro especialista baseia sua prática clínica em elevados padrões de conhecimento, pelo que consideramos que tal competência foi desenvolvida ao longo da frequência do Mestrado em Enfermagem, mais especificamente durante os contextos de estágio.

4.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O EEESIP utiliza “um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2018, p.19192). Essa especialidade compreende o período decorre do nascimento até aos 18 anos menos um dia, podendo ir em casos específicos como incapacidade por deficiência ou doença crónica dos 21 aos 25 anos, período esse que se consiga com sucesso uma mudança apropriada para a vida adulta. O EEESIP cuida da criança e família/cuidador principal seguindo o modelo parceria de cuidados, independente do contexto em que as mesmas se encontrem, para dar continuidade no mais alto estado de saúde praticável, onde vem a prestar cuidados à criança saudável ou com alguma doença crónica e que oferece educação para a saúde, assim como, mobiliza e identifica recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2018). A especialidade “traduz -se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (OE,2018, p.19192).

São definidos os Padrões de Qualidade, os cuidados que tomam como foco de atenção a promoção da autonomia da criança/jovem, com assento nas suas conceções, crenças e capacidades, ao passo que procuram ainda determinar o nível de participação dos pais, conseqüente de um processo negocial, de tomada de decisão e liderança, enquadrando-se como responsabilidade do EEESIP a supervisão da sua participação nos cuidados de menor à maior complexidade (OE, 2017).

De acordo com o Regulamento nº 422/2018 as competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP são:

“assiste a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19192).

A análise das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem SIP é realizada em conjunto com o enquadramento das atividades decorridas em contextos da prática clínica dos estágios.

Ao longo de todos os momentos de estágios onde passamos, existiu um contacto direto com a criança/jovem e família e ou cuidadores principais. Buscamos em todos os contextos, envolver os pais/ família ou prestadores de cuidados principais, nos cuidados diretos prestados à criança/jovem, criando uma relação de confiança e partilha que permitisse adequar os cuidados às suas necessidades. Podemos contactar com esta díade/tríade em diferentes contextos de estágio e durante os diferentes estádios do desenvolvimento da criança. A diversidade de realizar estágios em diferentes contextos, permitiu-nos aproveitar todas as vivências, e com isso, adquirir e desenvolver competências na nossa área de especialização.

Essa competência considera o binómio criança/família o alvo do cuidar do EEESIP, criando para isso uma parceria de cuidados de forma a otimizar a saúde e a parentalidade (OE, 2018).

Consideramos que esta competência foi alcançada ao longo do percurso dos estágios, mais aprofundadamente na USF, onde procedemos à realização do estudo de caso de uma criança em contexto de consulta de desenvolvimento infantil, que evidenciava sobrepeso e necessitava de um plano de cuidados diferenciado, baseado nos diagnósticos de enfermagem elaborados com a linguagem CIPE®. A elaboração deste estudo de caso permitiu desenvolver a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” E a competência E.1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193), uma vez que foi estabelecido um plano de cuidados em parceria com a criança/família de forma a motivar a atuação dos seus papéis em saúde, esse plano de cuidados foi realizado juntamente com a referenciação da criança para equipa IPI e a unidade hospitalar da área de residência. O estudo de caso realizado também permitiu desenvolver competências na área da promoção e desenvolvimento infantil, uma vez que realizamos a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança através das orientações presentes no PNSIJ, nomeadamente: o exame físico e a escala de desenvolvimento da *Mary Sheridan*.

Caracterizando os CSP, e no âmbito da vigilância de saúde infantil, procurámos dar resposta às mais variadas situações, através das diretrizes preconizadas pelo PNSIJ. Com a oportunidade não só de avaliar o crescimento e o desenvolvimento Infantil/Juvenil, mas também a criação de um processo de vinculação e o exercício da parentalidade adequados. Recorrendo, a maior parte das vezes em parceria com a equipa médica, a avaliação do

desenvolvimento psicomotor, até aos 5 anos de idade, idades essas preconizadas internamente na instituição para vigilância de saúde infantil devido ao contexto pandémico vivenciado na atualidade, as crianças com idades superiores eram atendidas no caso de necessidades. Neste acompanhamento, procurámos transmitir os cuidados antecipatórios adequados a cada faixa etária, impulsionando a operacionalização de medidas promotoras de um desenvolvimento saudável, o que permitiu desenvolvimento de competências no âmbito da unidade 3.1., indo ao encontro dos critérios E1.1.3., E.1.2.4., E3.1.1., E3.1.2., E3.1.3. e E3.2.2. (OE, 2018).

Durante a realização de ensino clínico nesta USF, também foi possível realizar consultas de enfermagem ao RN para realização do Teste Diagnóstico Precoce e promover a promoção da amamentação exclusiva cuja medida é evidenciada neste PI para alívio da dor em procedimentos dolorosos utilizando a competência E.2.2.3 “Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p. 19193). Após a realização desta primeira consulta ao RN, eram marcadas consultas de vigilâncias com a periodicidade de serem realizadas semanalmente caso não houvesse algum sinal de alarme como perda ponderal ou dificuldades da mãe com a amamentação. Nessas consultas era demonstrado o importante papel do EEESIP na promoção dos cuidados, com especial abordagem nos cuidados antecipatórios e na capacitação parental fomentando a autonomia, capacitação e empoderamento da família para dar resposta as necessidades RN/lactente.

O contato mais prolongado com as famílias nos CSP proporciona uma visão mais ampla da funcionalidade das mesmas, sendo essa avaliação primária para a deteção de crianças vítimas de negligência e maus-tratos. A articulação entre a USF, a Intervenção Precoce e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco é essencial para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens. Não tivemos a oportunidade de estar presente em nenhuma consulta nos diferentes contextos de estágios que tivesse alguma criança ou adolescentes vítimas de maus tratos ou vítima de negligencia, o que no nosso interesse pessoal não fez diferença em adquirir competências nessa vertente de cuidados.

Empregar uma comunicação adequada e assertiva, honrando a cultura, crenças, religião e capacidade de compreensão dos pais, foi desde sempre uma preocupação nossa. Pelo que, investigámos sempre, ao uso de uma linguagem simples e passível de ser levemente compreendida. O que vai de encontro ao critério de avaliação E 1.1.2., da unidade de competência E.1.1. das competências específicas do EEESIP, pois consideramos ter investigado as estratégias de comunicação adequadas e culturalmente aceites (OE, 2018). Ainda visando o

cumprimento dessas competências tivemos sempre em consideração a importância de incluir os pais na prestação de cuidados, pelo que, procurámos sempre envolver os pais, desde que os mesmos assim o desejassem, na maioria dos cuidados prestados às crianças/jovens, tais como, os cuidados de higiene e conforto, assumindo o modelo de parceria de cuidados, onde os pais eram estimulados a participar e colaborar nos procedimentos, o que nos permitiu capacitá-los rumo à independência e ao bem estar da criança/jovem, indo de encontro ao critério de avaliação E 1.1.1. (OE, 2018). Mais utilizados no serviço de IP e UCIN.

Durante o estágio UCIN colaboramos na prestação de cuidados em RN prematuros extremos, desde as 25 semanas até as 35 semanas de gestação, assim como, RN de termo com patologias associadas ou com asfixias durante o parto, muitos desses RN estavam em suporte de ventilação e apresentavam alguma instabilidade hemodinâmica, sempre que o estado clínico do RN o permitissem, os familiares de referência eram incentivados a fazerem contato pele a pele com o seu bebé, recorrendo ao método de canguru, medida referida nas intervenções não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos. Este permite os pais, participarem ativamente nos cuidados neonatais, e deve ser feito, o mais precocemente possível e por tempo indeterminado. Recorremos a este método diversas vezes, entre as quais, para a realização de alguns procedimentos dolorosos e após os cuidados de higiene e conforto, pois este contato diminui o índice de stress e favorece o bem-estar e conforto dos neonatos. Estas habilidades permitiram-nos obter o critério E 1.1.5., E 2.2.3., pois procuramos trabalhar em conjunto com a família, adotando condutas potenciadoras de saúde (OE, 2018).

No sentido de adquirir a competência E 2.1., identificando situações de instabilidade hemodinâmica e risco de morte (OE, 2018), possuímos em vista clarificada do serviço da UCIN que faz monitorização contínua das funções vitais do RN, com o intuito de recuperar o equilíbrio hemodinâmico. A vigilância dos sinais vitais é extremamente importante para identificar possíveis alterações no RN, assim como, promover conforto em situações de stress. A gasometria capilar realizada frequentemente nos RN, permite a identificação adequada da função respiratória, e se não for corrigida adequadamente em tempo útil, irá desencadear um desequilíbrio do estado hemodinâmico e consequente agravamento da situação clínica do RN. Posto isto, observamos ter ido de encontro aos critérios de avaliação E 2.1.1., E 2.1.2 (OE, 2018).

A elaboração do projeto de intervenção com a temática controlo da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida foi transversal a todos os contextos de

estágios, contribui para o desenvolvimento e habilidades no que diz respeito as intervenções não farmacológicas na gestão da dor.

Na SUP colaboramos nos cuidados às crianças submetidas a procedimentos dolorosos, em que foi utilizada a intervenção farmacológica de mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto inalado, tendo sido sugerida pelas enfermeiras orientadoras e prescrito pelos ortopedistas que colaboram com o serviço. Uma criança de 12 anos com fratura, e necessitava de uma redução de uma fratura do antebraço, e este fármaco por apresentar efeito ansiolítico, antiálgico e amnésico permitiu que a criança se apresentasse num estado descontraído e os procedimentos sucedessem sem medo, dor ou outras intercorrências. Indo de encontro com a competência E 2.2.2 (OE, 2018).

Em todos os contextos de estágio foi realizada a promoção da amamentação exclusiva, quer como recomendação da OMS quer como estratégia não farmacológica para alívio da dor em procedimentos dolorosos. Com isso consideramos ter desenvolvido ao longo de todo o percurso as seguintes unidades de competências

“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento in fantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p.19194)

Foram 24 semanas de estágio em 4 contextos diferenciados com início nos CSP e termino no serviço UCIN. Consideramos este percurso bastante enriquecedor, favorecendo a obtenção de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo que algumas particularidades não foram vivenciadas como o processo do luto, e a diversidade das doenças raras. Foram prestados cuidados especializadas e individualizados à criança/jovem e família como um catalisador de aprendizagens que nos possibilitaram o desenvolvimento do PI, através da pesquisa científica no âmbito do controlo da dor em populações específicas. Consideramos que este desenvolvimento e reflexão de competências permitiu-nos crescer e pensar na nossa atuação futura como EEESIP de forma a providenciar a melhor prestação de cuidados de enfermagem possível à população pediátrica.

4.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Com a necessidade pessoal e profissional de iniciar uma especialização em Enfermagem, onde procurámos adquirir e desenvolver ao longo de todo o percurso formativo competências, e foi coerentemente e alicerçada todo caminho na evidência científica. O que possibilitou aprofundar conhecimentos na área da enfermagem da saúde da criança e do jovem, traduzindo-se na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como, nos proporcionou alcançar a capacidade de entendimento ao nível de Mestre.

Na atualidade, o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, está regulamentado no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de mestre pode ser concedido numa área de especialização.

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem: saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemáticas novas; possuir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentando esses conhecimentos com base no desenvolvimento de investigação; capacidade para integrar o conhecimento e lidar com reflexões sobre situações diversas, analisando a responsabilidade ética e social; competências que permitam uma aprendizagem contínua de modo autónomo e auto-orientado; capacidade de comunicar as conclusões e conhecimentos obtidos; (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

O método de estudo expositivo desenvolvido durante a implementação do projeto de intervenção, que foi um contributo importante para desenvolver competências de Mestre com base na investigação em pesquisas científicas atuais sobre a utilização de medidas não farmacológicas utilizadas no primeiro ano de vida aplicadas em procedimentos dolorosos.

Durante todo o percurso conseguimos atingir os objetivos gerais definidos inicialmente para o Mestrado em Enfermagem. A elaboração do percurso formativo realizamos trabalhos e projetos com o recurso de pesquisa em bases de dados e artigos científicos, de forma sustentar o conhecimento para desenvolver o domínio da investigação.

Na sequência do percurso do Mestrado em Associação que realizámos em contexto académico, quer ao nível teórico, quer a nível prático. Podemos citar a nível teórico foram

realizadas na Unidade Curricular ESIP II uma Scoping Review sobre Atuação do enfermeiro na adaptação da criança/jovem e família com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I, com o objetivo geral de Mapear na literatura as vivências sentidas pela família no diagnóstico da diabetes mellitus tipo 1, na criança/adolescente e a importância da atuação do enfermeiro. No Estágio Final a realização de uma Scoping Review, que resultou na composição de um artigo científico e cujas conclusões vieram fundamentar, em parte, a pertinência do nosso PI, na temática da dor no primeiro ano de vida, constituiu um fator chave na integração do paradigma da prática baseada na evidência na prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem e família. Foi realizada na Unidade de Curricular de Investigação uma Revisão Sistemática da Literatura cujo o tema Enfermeiro como Capacitador em contexto Domiciliário – Empoderamento do familiar cuidador, que tinha como objetivo principal. Identificar a evidência científica relativa ao empoderamento do cuidador familiar por parte do enfermeiro.

A nível prático o período de aprendizagem foi em contexto de estágio foi possível desenvolver e aprofundar saberes já previamente adquiridos no âmbito da Licenciatura em Enfermagem. Este percurso académico inserido na área de especialização ESIP, podemos destacar a formação em serviço sobre controlo da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida (Apêndice B e D).

O desenvolvimento da construção do Projeto de Intervenção com base na metodologia de científica de trabalho, tem como objetivo principal solucionar a problemática detetada através do diagnóstico de situação, efetuado na pesquisa bibliográfica e nos contextos de estágios. Essa metodologia permite realizar uma ponte entre a teoria e a prática, sendo que o suporte é o conhecimento obtido na pesquisa da literatura e posteriormente deve ser aplicado na prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Considerando o PI no reconhecimento da prestação dos cuidados a criança/jovem/família, baseada no conhecimento científico desenvolvido no recurso do processo teórico de aprendizagem e nos quatro estágios, articulados entre si. Esse método de aprendizagem permitiu-nos, ainda, emitir juízos alicerçados no processo de aprendizagem, com a consciencialização dos deveres a nível ético e social de modo a não causar qualquer tipo de dano, pelo que admitimos ter seguido uma conduta profissional e humana afirmativa, sem nunca omitir a deontologia profissional da enfermagem.

Quanto à capacidade de comunicar as conclusões e conhecimentos obtidos, para além da execução deste Relatório de Estágio também a mesma será avaliada durante a prova de discussão pública a ser realizada posteriormente. Neste Relatório de Estágio serão anexados alguns trabalhos realizados no decurso de Mestrado em Enfermagem, contudo, alguns não estarão publicados na íntegra de forma a defender a confidencialidade da informação e a permitir a publicação futura em revistas científicas.

A aquisição de novos deveres, pertencentes ao desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESIP, e de uma persistente prática reflexiva, consentiu em uma crescente autonomia nos processos de tomada de decisão. Daqui assoma a pertinência do contínuo desenvolvimento da aprendizagem, similarmente enquadrado como dever, na Deontologia Profissional, acarretando, por sua vez, a promoção do desenvolvimento dos pares na melhoria da qualidade dos cuidados. Finalizamos com o desenvolvimento das competências, com recurso à investigação, inovação e aprofundamento de conhecimentos contribuindo assim para a obtenção de mestraria (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

E com o fim deste ciclo de estudos temos a consciência que o Enfermeiro Mestre é depositário de uma elevada aptidão, permitindo o desenvolvimento contínuo da Enfermagem enquanto disciplina.

Este avanço, centrado nas respostas humanas e nos processos de vida e problemas de saúde das pessoas de quem cuidamos, em particular, da díade, impôs o envolvimento enquanto profissão, e o recurso à melhor evidência disponível que a alicerça, enquanto disciplina do conhecimento, o que, na nossa perspetiva, nos capacitou vigorosamente para a aquisição do grau de mestre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Controlar a dor na criança assume um papel imperativo que deve ser um ideal ético de todos os profissionais de saúde. Com inúmeras consequências negativas que a dor pode causar na idade pediátrica, sendo elas imediatas ou a longo prazo, devemos enquanto profissionais agir de forma a realizar prevenção e controlo da dor em idade pediátrica assim como priorizar o conforto da criança/família em todas as instituições de cuidados.

Os procedimentos dolorosos como administrações de injetáveis provocam no lactente uma dor aguda, essa dor no início da vida é tida como a maior causa de dor nos CSP, devido a elevada frequência que as mesmas são submetidas a esse tipo de procedimento, a nível hospitalar são submetidas à diversos procedimentos com agulha, pois são esses que são realizados com a maior frequência, quer para efeitos profiláticos, terapêuticos ou diagnósticos. A equipa de enfermagem tem o dever de minimizar a dor e a ansiedade da criança/família associada aos procedimentos dolorosos, devem ser realizadas estratégias não farmacológicas e associar sempre que forem necessárias intervenções farmacológicas validadas como eficazes no alívio da dor.

Com base nos estágios percorridos durante o percurso formativo, foi possível relatar a deficiente sensibilização por parte dos Enfermeiros na utilização destas estratégias não farmacológicas em idade pediátrica principalmente no primeiro ano de vida que foi de encontro com o enquadramento concetual existente neste relatório de estágio, com base nessas premissas trabalhamos na investigação seguindo a linha de orientação “Necessidades em cuidados -de Enfermagem em Populações Específicas”.

Com a elaboração deste relatório que foi transversal aos quatro momentos de estágio, que estavam presentes nas unidades curriculares de Estágio I e Estágio Final, a temática da dor e o seu controlo através de intervenções não farmacológicas utilizadas no primeiro ano de vida. Foi possível analisar a problemática nos diferentes contextos de cuidados de forma a desenvolver e adquirir competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

Com a construção de Projeto de Intervenção pretendemos, promover a utilização de intervenções não farmacológicas, com base na capacitação de profissionais de saúde, assim como, sensibilizar as equipas a utilizarem essas medidas nos diferentes contextos clínicos.

Posteriormente descrever o benefício da sua utilização em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida do RN e lactente.

Aprimoramos a ideia que os Enfermeiros que possuem curso de Pós-Licenciatura e Especialidade em SIP ou que já tenham trabalhado em contexto de pediatria estão mais sensibilizados para o controlo da dor em idade pediátrica, diferente de equipas que só trabalharam com populações adultas.

Todas as atividades que foram planeadas neste PI, e posteriormente foram implementadas seguiram a linha de objetivos propostos para aquisições destas competências. No decorrer do percurso foram realizadas duas sessões de formação em serviço no âmbito da temática da dor, com elevada adesão dos profissionais de saúde principalmente enfermeiros com pouca experiência em pediatria. Favorecendo assim para formação em serviço uma vez que as formações em serviço estavam suspensas devido ao contexto pandémico da atualidade, vindo a aumentar também os conhecimentos dos enfermeiros sobre o tema abordado e promovendo assim o aumento da utilização das intervenções não farmacológicas nestes serviços.

Foi elaborado também 2 normas de procedimentos sobre a dor, um guião de boas práticas para consulta do profissional disponível no serviço, sobre as intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida. Com isso foi possível contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a população pediátrica e de certa forma para a uniformização dos cuidados. Assim como um poster com as intervenções não farmacológicas mais adaptadas ao primeiro ano de vida e disponíveis no espaço físico e organizacional da instituição.

A deficiência dos enfermeiros aliada à elevada frequência dos procedimentos dolorosos, revela que ainda existe um longo percurso a percorrer com os profissionais de saúde no controlo e gestão da dor em crianças, mais aprofundadamente nos cuidados de saúde primários. Essa gestão na temática da dor da criança e da sua família é fundamental para a humanização dos cuidados e para valorização profissional, sendo que com este Projeto de Intervenção e de Estágio julgamos ter contribuído para proporcionar uma melhoria nos cuidados de enfermagem prestados ao binómio criança/jovem/família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel fundamental no controlo da dor, de modo a desempenhar funções criando estratégias direcionadas para a gestão da dor na criança, baseada

e fundamentada nas competências do EEESIP, de forma a atingir o maior bem-estar da criança/jovem/família.

Foi de grande importância a elaboração deste PI, porém, houve diversas atividades que fundamentaram a elaboração deste relatório, descritas e analisadas através das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e também, das competências de Mestre. O caminho foi longo e por muitos momentos foi necessário encontrar um equilíbrio para continuar em frente, utilizando algumas estratégias que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências, que consideramos globalmente atingidas.

Consideramos que para concluir o caminho e as atividades executadas ao longo de todo o Projeto de Intervenção e do Projeto de Estágio, foi possível atingir os objetivos a que nos propusemos no início deste percurso, desenvolvendo competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP e as competências de Mestre. Acreditamos sinceramente ter contribuído para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aposto, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série – nº 9, 61-67. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=conforto&id_artigo=2133
- APP (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2), 1-13. DOI: 10.1542/peds.2015-4271
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria: Compreender para Mudar. 1ª ed. Lidel – edições técnicas, Lda, ISBN: 978-972-757-593-0
- Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº 2, 73-80. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor*. (Manual de Estudo) Coimbra: ESEnfC
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J. & Erdman, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*, 27 (2), 231-239. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf
- Campaniço, T.F.R. (2019). Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar. Évora, Portugal: Repositório da Universidade de Évora. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4896>
- Canário, R., & Rummert, S. (2009). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa.
- Cardoso, R.B., Caldas, C.P. & Sousa, P. A. (2019). Nursing Activities Score – E sua correlação com a teoria do conforto de Kolcaba: Reflexão Teórica. *Enferm. Foco* 10(1), 87-92. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1347/501>
- Cignacco E., Hamers J., Stoffel L., Lingen R., Gessler P., McDougall J., & Nelle M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature reviews. *European Journal of Pain*, 11, 139–152. DOI: 10.1016/j.ejpain.2006.02.010
- Cordero, M., Garcia, L., López, A., Villar, N., Castillo, R., & Garcia, I. (2015). Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos: revisión sistemática. *Nutr Hosp*, 32(6), 2496-2507. DOI:10.3305/nh.2015.32.6.10070

Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium*, 30, 243-251.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>

Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto (2017). Fusão de dois Centro Hospitalares. Diário da República, 1.ª série, n.º 162 — 2

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Princípios e enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família. Diário da República 1ª série, 149, 4069-4071.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde. Diário da República 1.ª série, 38,1182-1189.

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Diário da República: I série, n.º 157.

Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro (2009). Diário da República: I série, n.º 193.

Despacho 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República n.º 153/2014, Série II, 20673-20678.

DGS. (2001). Plano Nacional de Luta contra a dor. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa nº014/2010. Ministério da Saúde.

DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.

DGS. (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde

DGS. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma 010/2013. Ministério da Saúde.

DGS. (2017). Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.

DGS. (2020). Programa Nacional de Vacinação. Norma 018/2020. Ministério da Saúde.

DGS. (s.d.). Plano Nacional de Saúde. (2021-2030). Saúde Sustentável: de todos para todos. Direção Geral da Saúde.

Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor. O quotidiano o trabalho e Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto.

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

- Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., & Ribeiro, M. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0270.pdf
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: Da conceção à Realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728383107
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Friedrichsdorf, S., & Goubert, L. (2020). Pädiatrische Schmerztherapie und -prävention bei hospitalisierten Kindern [Tratamento pediátrico da dor e prevenção para crianças hospitalizadas]. *O Schmerz*. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00519-0>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., e Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1778/1823>
- Galvão, P.G., Maria, D., Pedroso, C.J., Maria, R. Ramalho, H.S.A. & Isabel S. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 89-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851779010>
- Garcia, T.R., & Nóbrega, M.M.L. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (1), 188-193. <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>
- Guimarães, L.G.S., Binotto, N.S., Ederli, S.F. & Tacla, M.T.G.M. (2021). Manejo da dor em punção venosa pediátrica: um pacote de medidas. *Recien*, 11 (33), 157-168. <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/360/364>
- Harrison, D., Sampson, M., Reszel., Abdulla, K., Barrowman, N., Cumber, J., Fuller, A., Li, C., Nicholls, S. & Pound, C.M. (2014). Too Many crying babies: a systematic review of pain management practives during immunizations on Youtube. *BMC Pediatrics*, 14:134. DOI: 10.1186/1471-2431-14-134
- Harrison, D., Yamada, J. & Stevens, B. (2010). Strategies for the Prevention and Management of Neonatal and Infant Pain. *Curr Pain Headache Rep*, 14 (2), 113-123. DOI:10.1007/s11916-009-0091-0

- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D., Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª ed. - pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusociência.
- IASP (2011). *Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage in Classification of Chronic Pain*. Second Edition. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Internacional Council of Nurses (2016). *CIPE - Versão 2015 Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Lusodidacta.
- Kolcaba K. & DiMarco M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. Vol. 31. No3, 187-194. [\(PDF\) Teoria do Conforto e sua aplicação à enfermagem pediátrica \(researchgate.net\)](#)
- Kolcaba K. (2001). Evolution of the Mid-Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nurs Outlook* 49:86-92. DOI: 10.1067/mno.2001.110268
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ªed.). São Paulo: Artemed.
- Leng H.Y., Zheng, X.L., Zhang, X.H., He, H.Y., Tu, G.F., Fu, Q., Shi, S.N. & Yan L. (2016). Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: a randomized clinical trial. *Eur J Pain*, 20, 989-997. DOI: 10.1002/ejp.824
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa* 4(27), 655-657
- Lima, T.R., Boniatti, M.M. (2017). Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação. (Projeto de pesquisa). Universidade La Salle. <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2017/article/viewFile/719/658>
- Mazoni, S. R., Castro, K.A.B. & Vasques, C.I. (2018). Uso do método “Scoping Review” para mapeamento da literatura relacionada às Intervenções de Enfermagem. *Segundo Simpósio de Pesquisa em Enfermagem*. DOI: 10.17648/simpe-2018-89439
- Mendes, M.G.S.R & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria de Cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referencia*. 3 (6), 113-121.
- Mendes, R.S., Cruz, A.M., Rodrigues, A.P., Figueiredo J.V. & Melo, A.V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Revista Ciência Cuidados de Saúde*. 15 (2), 390-395. DOI: 10.4025/ciencicuidsaude.v15i27767

- Morais, A.P.S., Façanha, S.M.A., Rabelo, S.N., Silva, A.V.S., Queiroz, M.V.O., & Chaves, E.M.C. (2016). Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido cuidado de enfermagem. *Rene*, 17(3), 435-442. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3489/2731>
- Morganheira D.S.F. (2018). Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas. Évora, Portugal: Repositório da Universidade de Évora. Disponível em: <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23276>
- Motta, G.C.P., & Cunha, M.L.C. (2015). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(1): 131-135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RnBcVwc9DjKRN73tW3k4TNr/abstract/?lang=pt>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2ªed.). Almargem do Bispo. Lusodidata
- OE. (2008). Dor. *Guia Orientador de Boa Prática*. Série 1, nº 1.
- OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no controlo da dor da criança*. Cadernos OE. Serie 1, Número 6.
- OE. (2015). Código Deontológico. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.
- OE. (2015). Regulamento n.º 190/2015 – *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Diário da República, 2.ª série – Nº. 79 de 23 de abril de 2015.
- OE. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]®*. Versão 2015. Lisboa.
- OE. (2017). Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- OE. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Diário da República, 2.ª série - Nº 133 de 12 de julho de 2018.
- OE. (2019). Regulamento nº. 140/ 2019 – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista*, Diário da República, 2.ª série – Nº. 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- OE. (2020). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. N.º 04/2020.

- OMS. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, 39, 505–516. <http://www.who.int/wer>
- Paim, A., Iappe, N., & Rocha, D. (2015). Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global*, 37, 153-169. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf
- Pinto, K.S., Martins, M.A., Anjos, S.T.C., & Buges, N.M. (2020) Principais técnicas de manejo não farmacológico da dor em recém-nascidos, utilizadas pela assistência em enfermagem. *Science & Health*, 8(1), 138–147. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3115/1584>
- Plano Nacional de Saúde. (2021-2030). Direção Geral da Saúde. Lisboa
- Ponte, K. Silva, L. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Cuidado é Fundamental*, 7(2), 2603-2614. DOI: 10.9789/2175-5361
- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem numa Sociedade em Mudança. In Barbieri-Figueiredo, M. C. & Ramos, A. L. (Coords.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed). Lidel.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projecto [sic]: Colectânea descritiva de etapas [sic]. *Revista percursos*, 15, 1-37. <https://bit.ly/2PloSWy>
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Santos, K., Escobar, E. (2015) O manejo clínico da dor em pediatria: considerações sob a ótica dos cuidados em enfermagem. *Enfermagem Revista* 18 (1): 101-120.
- Santos, M. O. G., Sobreiro, L. P. C., & Calca, P. I. M. B. (2007). Texto de Apoio: a Análise SWOT e, a Seleção de Prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto Silva.” Évora. http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf
- Santos, S., Santos, E., Lacerda, A. (2018) Dor crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde. *Ata Pediátrica Portuguesa*. 49,167-177. DOI: 10.21069/APP.2018
- Simões, J. (2017). *Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem*. TEACHING DAY. 6ª Edição. Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt/file/48390>

- Sparks, L., Setlik, J. & Luhman, J (2007). Parental Holding and Positioning to Decrease IV Distress in young Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 22, No 6, 440-447. DOI: 10.1016/j.pedn.2007.04.010
- Taddio A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A., Ipp, M., Lockett, D., MacDonald, N., Midmer, D., Mousmanis, P., Palda, V., Pielak, K., Riddell, R.P., Rieder, M., Scott, J., & Shah V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ REVIEW. DOI: 10.1503/cmaj.101720
- Taddio, A., Chambers, C.T., Halperin, S.A., Ipp, M., Lockett, D., Rieder, M.J. & Shah V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*. Vol. 31, Supplement B. DOI: 10.1016/j.clinthera.2009.07.022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19781434/>
- Thakkar P., Arora K., Goyal K., Das R., Javadekar B., Aiyer S., & Panigrahi S. (2015). To evaluate and compare the efficacy of combined sucrose and non-nutritive sucking for analgesia in newborns undergoing minor painful procedure: a randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, 1-4. DOI: 10.1038/jp.2015.122
- Webster, J., Osborne, S., Rickard, C. & New, K. (2015). Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, Art. No.: CD007798. DOI: 10.1002/14651858.CD007798.pub4
- Wente, S.J.K. (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: A Systematic Review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*, 39, (edição 2) 140-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Plano da Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas”

USF



Plano de Sessão de Formação em serviço

Tema: Intervenção não farmacológica no alívio da dor em procedimentos com agulha.

Data: 23/06/2021

Período das 14 às 15h Local USF

Objetivo Geral: Promover uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha.

Etapas	Conteúdos	Formador	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formação.- Referência dos temas e conteúdos a serem abordados.	Lílian Brás	5min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Importância do controlo da dor.- Intervenções não farmacológicas dos 0 aos 10 anos.- Apresentação sumária do projeto de estágio.		15min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese das principais ideias.- Esclarecimento de dúvidas.		5min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação da sessão.		5min

APÊNDICE B – Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas.”

USF

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora
Instituto de Saúde
Escola Superior de Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Espírito Santo

Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Controlo da dor em procedimentos com agulha: Intervenções não farmacológicas

Objetivos

Geral	Específicos
<ul style="list-style-type: none">Implementar medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida em contexto de Cuidados Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none">Sensibilizar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacológicas no primeiro ano de vida, idade pré escolar e escolar.Promover intervenções não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida, e utilizar medidas que promovam o seu alívio.

Dor em Pediatria

Dor é definida 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"
(International Association for the Study of Pain, citado por Batalha, 2010)

O controlo da dor na criança é particularmente importante. É um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2010).



Enquadramento Teórico

A administração de injetáveis é a causa mais comum de dor na infância, considerada a principal origem de sofrimento nas crianças/família.

Os profissionais de saúde destacam-se como os principais responsáveis pela diminuição dessa prática em contexto hospitalar assim como nos cuidados de saúde primários. (Fontes et al., 2018)

Esta dor iatrogénica não controlada no início de vida, pode acarretar no recém-nascido (RN) comprometimento no desenvolvimento cerebral, e nos lactentes alterações irreversíveis na resposta à dor. (OE, 2020, p. 1)

Causas da dor no primeiro ano de Vida



Amamentação

Soluções açucaradas

Sucção não nutritiva Posicionamento Distração



Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante o procedimento 0-1 ano

-  Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
-  Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Usar apenas em lactentes que já utilizam chupeta. (DGS,2012)
-  Glucose a 30% ou Sacarose a 24%. Administrar 2ml de solução oral sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. É eficaz durante o primeiro ano de vida (DGS, 2012). Usar em crianças não amamentadas. Comprovadas no alívio da dor pós envolvem a libertação de opióides endógenos e distração. (Batalha, 2010)
-  Deve ser evitada a posição de decúbito dorsal durante procedimentos de forma a minimizar a dor. Privilegiar a posição sentado ou deitado ao colo dos pais (Taddio et al 2010).

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante o procedimento (Pré escolar e escolar)

- Imaginação Guiada**
 - Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas (DGS, 2012).
- Reforço Positivo**
 - Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o procedimento, utilizar o elogio verbal e/ou pequenos prémios (DGS, 2012).
- Relaxamento Muscular/Exercícios Respiratórios**
 - Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercício respiratórios para reduzir o nível de ansiedade (DGS, 2012).

Projeto “Alívio da Dor no primeiro ano de vida”

O projeto “Alívio da dor no primeiro ano de vida” remete para uma promoção e prevenção da dor em lactentes submetidos a procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, prevenindo as complicações associadas a estas condutas, e promovendo estratégias não farmacológicas nos lactentes de 0 a 1 ano de idade.





Projeto de Estágio

PROBLEMA IDENTIFICADO - USO REDUZIDO DAS INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS NO ALÍVIO DA DOR PROVOCADA POR PROCEDIMENTOS COM RECURSO A AGULHAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

- Delimitação dos procedimentos:
 - Vacinação
 - Punção venosa
 - Punção do calcanhar
- Delimitação da faixa etária
 - Primeiro ano de vida

Conclusão

- A elaboração deste projeto teve na sua gênese, uma abordagem crítica do tema a “Alívio da dor no primeiro ano de vida, medidas não farmacológicas”, visão de um futuro enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.
- Administração de vários injetáveis (vacina) é um processo doloroso e traumático para mãe/bebé, onde uma das nossas competências é minimizar o impacto negativo desse momento, adequando novas estratégias para a prestação de cuidados de qualidade nos serviços prestados



Bibliografia

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Batalha, L.M.C. (2013). Avaliação do controlo da dor em pediatria: Uma Década. *Saúde e tecnologia suplemento*, 16-21. <https://web.estel.isi.pt/ole/olexy.dio/ST/Artigo/View/844/854>
- Cruz, M. D.D. (2020). *Epidemiologia da Dor Neonatal. Fatores determinantes para sua prevenção e tratamento*. [Tese no âmbito do Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. <https://ui.uj.ac.pt/handle/10316/91098?mode=full>
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República, 1.ª série – N.º 175 – 13 de setembro 2016. <https://www.doi.gov.pt/doi/75319177>
- Direcção Geral Da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde, 2012-2016. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoposmo_mop20133.pdf
- Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., Ribeiro, M. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051 https://www.scielo.br/pdf/bjpt/v1n3/a05_FONTS01303_806-0013.htm
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação da Conceção a Realização*. Lusodêndia, Loures.
- Freitas, Z.M.P., Pereira, C.H., Oliveira, D.M.P. (2011). Medidas preventivas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal. *Enfermagem Brasil*. <http://portal.enfermagem.org.br/index.php/infmaoembrasil/article/view/3861/5869>
- Friedrichsdorf, S., Goubert, L. (2020) Pädiatrische Schmerztherapie und -prävention bei hospitalisierten Kindern (Tratamento pediátrico da dor e prevenção para crianças hospitalizadas). *O Schmerz*. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00519-z>
- Galvão, D., Pedrosa, R., Ramalho, S. (2015) Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 89-97. <https://www.researchgate.net/publication/279010>
- Hodgeson, M., Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (6ª edição). Lusodêndia.

- IASP (2011). *Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage in Classification of Chronic Pain*. Second Edition. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1858&navItemNumber=575>
- Institute TJB (2014) Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118519282.ch1>
- Lima, T. (2017). *Projeto de pesquisa Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação*. Universidade La Salle.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR. Guia Orientador de Boa Prática*, série 1, nº 1. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemdenfermeiros.pt/revista/revistaonline/Documentos/cadernosdore.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. *Guia Orientador de Boa Prática*, série 1, nº 6, Cadernos Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemdenfermeiros.pt/revista/revistaonline/Documentos/OCBP_EdicaoEspecialFarmacologiaControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 133 – 12 de julho de 2018. <https://www.dgs.gov.pt/DocSearch/1258570/detalheNormal7E>
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Paincer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Nº 07/2020. https://www.ordemdenfermeiros.pt/media/20588/boavozem/CS3/BA-07_2020_mocasin_boavozem/CS3/ADa-em-dormin/mocavozem-informavel-2020-07-06.pdf
- Ramos, A. L., Figueiredo, M. C. B. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (1ª edição) Lidel, Lisboa
- Ruívo, M., Forto, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: coleção descritiva de etapas Percursos*, (15), 1-37
- World Health Organization. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, 39, 505-516. <http://www.who.int/wer>

APÊNDICE C – Plano da Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas”
SUP

URGÊNCIA PEDIÁTRICA



FORMAÇÃO

Controlo da dor em procedimentos dolorosos: Intervenções não farmacológicas.



Aluno de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria

Enf. Lilian Brás


Data: 12/10/2021

Hora: 14:30

Local: Urgência Pediátrica

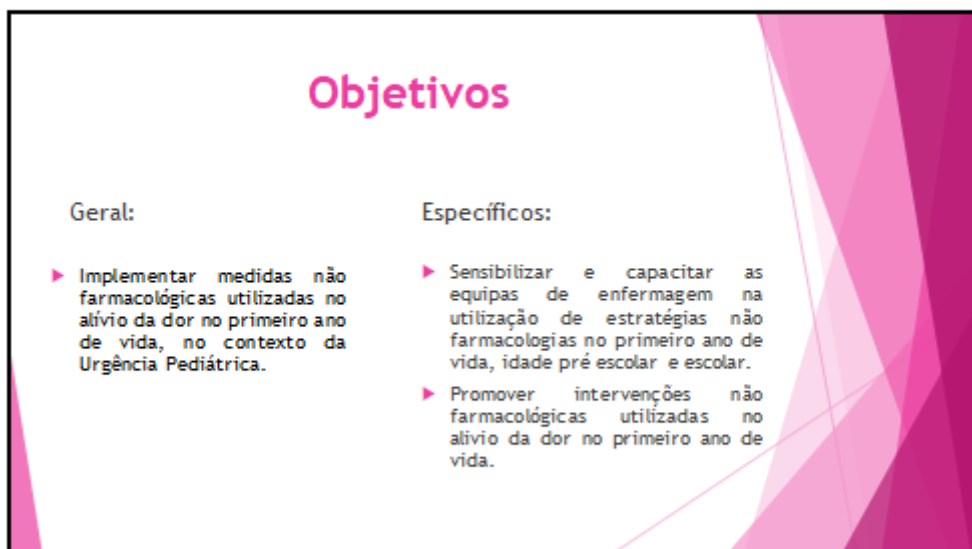
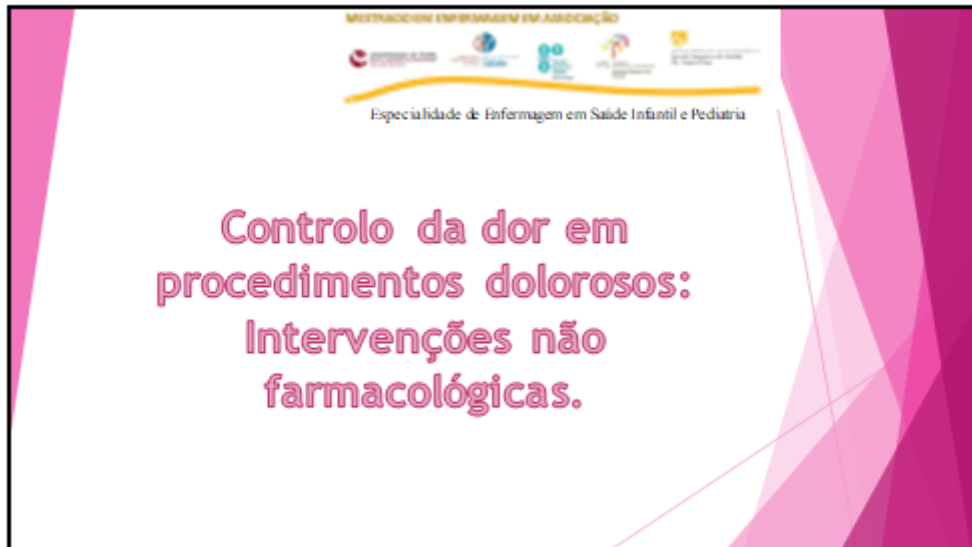
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>		<p>PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO / UNIDADE</p>	
<p>Tema: Intervenção não farmacológica no alívio da dor em procedimentos com agulha.</p>			
Formador	Lílian Brás	N.º Aluno	47464
<p>Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica (██████████)</p>			
<p>Local: Gabinete da Enfermeira Chefe</p>			
Data: 12 de outubro de 2021	Hora: 14h30	Duração prevista: 30 minutos	
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o uso de intervenções não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos com agulha. Dar a conhecer a norma da Glucose 30%, no alívio da dor no primeiro ano de vida. 			
<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentação da formação. Referência dos temas e conteúdos a serem abordados. 			
<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> Importância do controlo da dor. Intervenções não farmacológicas dos 0 ao 1 ano de idade. Apresentação sumária do projeto de estágio. 			
<p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> Síntese das principais ideias. Esclarecimento de dúvidas. 			
<p>Metodologia e Recursos</p>			
<p>Metodologia: Método Expositivo</p>			
<p>Meios audiovisuais: Computador, televisão (projeção)</p>			
<p>Avaliação da Sessão/Discussão da Sessão</p>			
<p>Sim</p>			

APÊNDICE D – Sessão de Formação “Controlo da dor em procedimentos dolorosos – Intervenções não Farmacológicas.”

SUP



Dor em Pediatria

Pode ser definida como “uma experiência desagradável” envolvendo tanto um componente sensorial como um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial. (International Association for the Study of Pain, citado por Bataina, 2010)

O controlo da dor na criança é particularmente importante. É um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2010).



Enquadramento Teórico



A administração de injetáveis é a causa mais comum de dor na infância, considerada a principal origem de sofrimento nas crianças/família.



A punção venosa (quer seja para colheita de sangue ou para administração de terapêutica EV) é procedimento invasivo realizado com mais frequência a nível hospitalar (Sparks, 2007).



Os profissionais de saúde destacam-se como os principais responsáveis pela diminuição da dor em contexto hospitalar. (Pantaleo et al., 2018)



Esta dor iatrogénica não controlada no início de vida, pode acarretar no recém-nascido (RN) comprometimento no desenvolvimento cerebral, e nos lactentes alterações irreversíveis na resposta à dor. (Oli, 2020, p.1)

A carência de estratégias de gestão da dor pode ser atribuída:

- À falta de conhecimento do profissional de saúde.
- Ou à recusa do mesmo em utilizar estratégias não farmacológicas, interferindo assim nas boas práticas clínicas.



Causas mais frequentes de dor no primeiro ano de Vida



Punção venosa



Administração de Injetáveis



Punção Capilar / Av. Glicémia



Teste Diagnóstico Precoce







Colheira de Urina

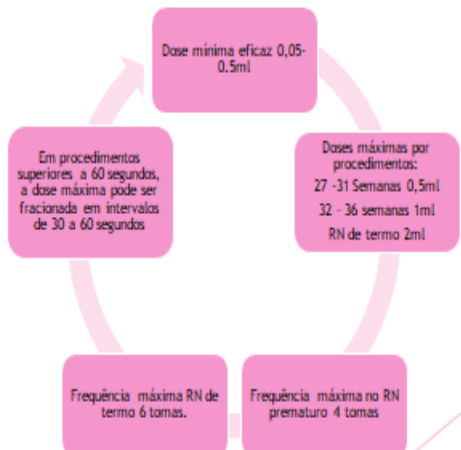
Medidas não farmacológicas utilizadas no primeiro ano de vida

- Amamentação
- Soluções açucaradas
- Glucose a 30%
- Sucção não nutritiva
- Posicionamentos
- Distração



-  Colocar o lactente a mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
-  Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Usar apenas em lactentes que já utilizam chupeta. (OGS, 2012)
-  Deve ser evitada a posição de decúbito dorsal durante procedimentos de forma a minimizar a dor. Privilegiar a posição sentado ou deitado ao colo dos pais. (FARRER et al, 2010)
-  Glucose a 30% ou Sacarose a 24%. Administrar 2ml de solução oral sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. É eficaz durante o primeiro ano de vida. (OGS, 2012). Está comprovada no alívio da dor pois envolvem a libertação de opióides endógenos e distração. (SILVEIRA, 2010)

Dose recomendada da Glucose a 30%



Dose mínima eficaz 0,05-0,5ml

Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos

Doses máximas por procedimentos:
27 -31 Semanas 0,5ml
32 -36 semanas 1ml
RN de termo 2ml


Frequência máxima RN de termo 6 tomas.

Frequência máxima no RN prematuro 4 tomas

A utilização de estratégias não farmacológicas, durante os procedimentos dolorosos, reduz o desconforto do lactente, que por sua vez reduz a ansiedade da mãe.

Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos comprovam que o uso de sucção não nutritiva em junção com a administração de soluções orais açucaradas como (sacarose 24%) e (glucose 30%), diminuem a percepção da dor.

A redução das respostas de dor resulta da estimulação orogustativa, que parece ativar o sistema opioide endógeno, e não da absorção da solução.



Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante o procedimento (Pré escolar e escolar)

- Imaginação Guiada**
 - Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas (DGS, 2012).
- Reforço Positivo**
 - Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o procedimento, utilizar o elogio verbal e/ou pequenos prémio (DGS, 2012).
- Relaxamento Muscular/Exercícios Respiratórios**
 - Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercício respiratórios para reduzir o nível de ansiedade (DGS, 2012).

Orientação da DGS

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco Henriques Moura George

112 **dir@ds**

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

NÚMERO: 024/2012
DATA: 18/12/2012

ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;

PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: ds@ds.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade da Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

**ORIENTAÇÃO
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

Francisco
Henrique
Alçada
Gomes

112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

NÚMERO: 022/2012
DATA: 18/12/2012


ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)

PALAVRAS-CHAVE: Dor na criança; Procedimentos invasivos

PARA: Profissionais de saúde que tratam lactentes, crianças e adolescentes

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – dspps@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Norma / Orientação da utilização da Glucose à 30%, Intervenções não farmacológica na realização de procedimentos dolorosos em Pediatria (Unidade da Urgência Pediátrica)

Assunto: Utilização da Glucose à 30% no alívio da dor, em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Palavra Chave: Dor, lactentes e recém-nascidos (RN).

Para: Profissionais de saúde da Urgência Pediátrica.

1 – OBJETIVO

Em geral a maioria dos procedimentos realizados em crianças são traumáticos, desagradáveis e dolorosos, ou acabam por gerar medo seja no lactente/família. Nesse sentido o presente documento foi elaborado com o intuito de capacitar e sensibilizar a equipa de enfermagem para utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida.

Projeto “Alívio da Dor no primeiro ano de vida”

O projeto “Alívio da dor no primeiro ano de vida” remete para uma promoção e prevenção da dor em lactentes submetidos a procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, prevenindo as complicações associadas a estas condutas, e promovendo estratégias não farmacológicas nos lactentes de 0 a 1 ano de idade.



Problemática

Problema Identificado - Uso reduzido das intervenções não farmacológicas utilizadas no alívio da dor provocada por procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Necessidade de diminuir a dor no lactente.

- **Delimitação dos procedimentos:**
 - Vacinação
 - Punção venosa
 - Punção do calcanhar
- **Delimitação da faixa etária:**
 - Primeiro ano de vida

Conclusão

- A elaboração deste projeto teve na sua génese uma abordagem crítica do tema o “Alívio da dor no primeiro ano de vida, medidas não farmacológicas”, visão de um futuro enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.
- A punção venosa e a administração de injetáveis é um processo doloroso e traumático para mãe/bebê, onde uma das nossas competências é minimizar o impacto negativo desse momento, adequando novas estratégias para a prestação de cuidados de qualidade nos serviços prestados.
- O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), deve centrar a sua prática na filosofia dos cuidados não traumáticos, recorrendo a medidas não farmacológicas com o objetivo de reduzir ao máximo a dor do lactente.



**APÊNDICE E – Proposta de Norma de Procedimento – Glucose à 30%.
SUP**

Assunto: Utilização da Glucose à 30% no alívio da dor, em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Palavra Chave: Dor, lactentes e recém-nascidos (RN).

Para: Profissionais de saúde da Urgência Pediátrica.

Geralmente a maioria dos procedimentos realizados em crianças são traumáticos, desagradáveis e dolorosos, ou acabam por gerar medo seja no lactente/família. Nesse sentido o presente documento foi elaborado com o intuito de capacitar e sensibilizar a equipa de enfermagem para utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida.

I – OBJETIVO GERAL:

Controlar a dor em procedimentos invasivos (todos os procedimentos que envolvam agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos):

I.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover o controlo da dor no RN e lactentes durante os procedimentos dolorosos;
- Minimizar a dor e a ansiedade no RN/lactente/família, quando sujeitos a procedimentos invasivos;
- Implementar técnicas de intervenções não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos na equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica;
- Proporcionar sempre a presença e colaboração dos pais/cuidadores principais, enquanto parceiros na relação do cuidar.

II – DESTINATÁRIOS

Todos os enfermeiros que desempenham funções na urgência pediátrica, sempre que seja necessário realizar procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

III – ORIENTAÇÕES

- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante todo o procedimento, de modo a utilizar medidas não farmacológicas no alívio da dor;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas a cada idade;
- Considerar, nos RN e lactentes, a amamentação, posicionamentos, distração e a utilização de sacarose 24% ou glucose a 30% juntamente com a sucção não nutritiva.

IV – CRITÉRIOS

Consideram-se critérios de boas praticas, no controlo da dor em procedimentos dolorosos no RN/lactente:

- Assegurar o respeito da privacidade do RN /lactente/família;
- Envolver os pais na parceria de cuidados;
- A utilização sistemática de intervenções não-farmacológicas (sensoriais e cognitivo-comportamentais) para reduzir o medo e a ansiedade.
- Diminuir os estímulos ambientais: falar baixo, permanecer calmo, realizar os movimentos com suavidade e tocar a criança com delicadeza;
- Estabelecer uma relação de confiança com a criança/família;

V – DURANTE O PROCEDIMENTO O ENFERMEIRO DEVE:

- Posicionar a criança de forma confortável;
- Manter os pais presentes e no campo de visão da criança;
- Permitir a presença do objeto de transição/afeto;

- Utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Realizar o procedimento com rapidez e eficiência;
- Elogiar a criança pela sua colaboração no procedimento.

VI – FUNDAMENTAÇÃO

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, que envolve componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, comportamentais e espirituais, sendo que a sua presença desencadeia um efeito negativo (Ramos & Figueiredo, 2020). Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, no entanto na prática clínica evidencia-se que é necessário um maior investimento na adoção destas medidas de alívio da dor seja ela crónica ou aguda (Fontes et al., 2018).

O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor, instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação (IASP, 2011; Lima & Boniatti, 2017). Desde 2003 a DGS integra a dor como o 5º sinal vital, sendo o seu controlo um dever dos profissionais de saúde.

Neste sentido, importa referir que os lactentes manifestam a sua dor, através dos seguintes comportamentos:

- Choro de alta intensidade, tenso e irregular;
- Expressão facial com os olhos cerrados, região frontal contraída, sulco naso-labial aprofundado, boca em forma de quadrado com a língua mais arredondada;
- Respostas motoras simples de retração dos estímulos, mostram uma resposta localizada e tentam empurrar ou escapar ao estímulo da dor.

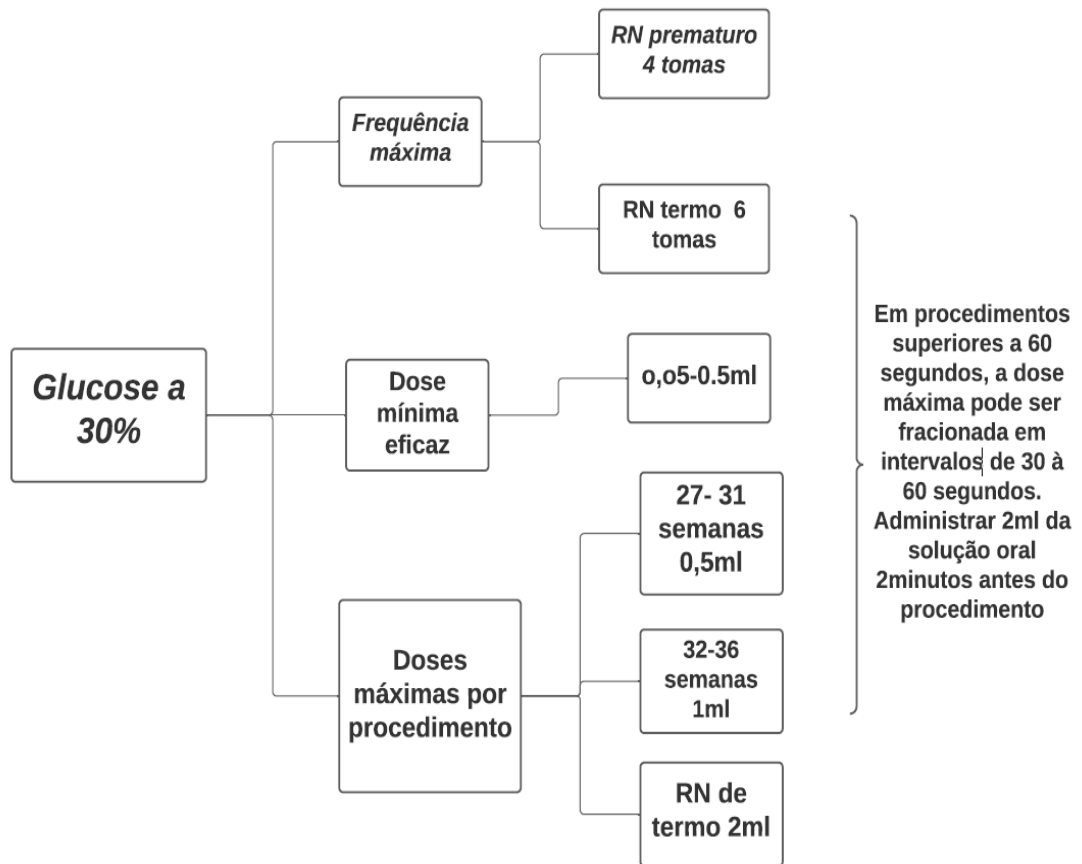
A utilização de estratégias não farmacológicas, durante os procedimentos dolorosos, reduz o desconforto do lactente, diminuindo por sua vez a ansiedade da mãe/cuidador, promovendo assim uma satisfação maior na criança/família face à experiência traumática que envolve todo esse processo. Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos

têm mostrado que o uso da sucção não nutritiva em junção com a administração de soluções orais açucaradas (como sacarose 24% e glucose 30%), diminuem a percepção da dor.

A administração da glucose a 30% está comprovada no alívio da dor pois envolve a libertação de opioides endógenos e a distração. Parece haver consenso nas recomendações nacionais e internacionais que apontam para o uso de sacarose a 24% e glicose a 30% como as soluções mais indicadas:

- A dose recomendada para recém-nascidos de termo são 2 ml da solução oral administrados por seringa sobre a porção anterior da língua, cerca de 2 minutos antes do procedimento.
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. O uso desta medida encontra-se comprovado até aos 12 meses de idade.
- Nos recém-nascidos pré-termo a dose varia entre 0,5ml a 1ml, de acordo com a idade gestacional, sendo que a sua administração abaixo das 27 semanas não se encontra indicada (DGS, 2012; Batalha, 2010; AAP, 2016).
- Estudos demonstram ainda que o efeito se prolonga por cerca de 4 minutos atingindo o pico 2 minutos após a administração, pelo que recomendam que sejam administradas pequenas quantidades de sacarose/glucose de 2 em 2 em procedimentos com duração superior a 4 minutos.

Fluxograma da Glucose a 30%



VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a dor varie muito de pessoa para pessoa, a manifestação e reação da mesma esta presente em todas as idades. Estudos referem que os lactentes prematuros, quando submetidos ao mesmo estímulo, sentem mais dor do que um adulto.

A sensibilização, a formação dos profissionais e a implementação de normas e protocolos, são fundamentais para uma parceria de cuidados de qualidade com objetivo de minimizar a dor e o sofrimento da criança/família, promovendo assim o mais elevado estado de saúde possível.

Para implementar essas medidas é necessário que os profissionais de saúde, estejam motivados e sensibilizados para a necessidade de formação continua de forma a estarem

permanentemente atualizados sobre as melhores evidências disponíveis e que se encontrem conscientes dos direitos da criança/família na diminuição da dor.

A realização de cuidados de enfermagem na capacitação da família/criança implica uma responsabilidade entre aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado,

sendo por isso imprescindível que o enfermeiro partilhe conhecimentos e experiências de modo que todo o processo promova a qualidade dos cuidados.

VIII – RESPONSABILIDADES

Divulgação e implementação: Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica.

Execução: Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

IX – BIBLIOGRAFIA

- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação nº 024/2012 de 18/12/2021. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012. http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf
- Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., Ribeiro, M. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051 https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0270.pdf
- IASP (2011). *Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage In Classification of Chronic Pain*. Second Edition. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Lima, T. (2017). *Projeto de pesquisa: Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação*. Universidade La Salle. <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2017/article/viewFile/719/658>
- Ramos, Ana L., Figueiredo, Maria C. B. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (1ª edição) Lidel. Lisboa

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág. 6/6
Enf.ª Lillian Brás	05-10-2021	Hospitalar Universitário do Algarve, EPE Urgência Pediátrica	12.10.2021	

**APÊNDICE F – Guião de Boas Práticas
Internamento Pediátrico**

GUIÃO DE BOAS PRÁTICAS

“Medidas não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos durante o primeiro ano de vida”



Mestrado em Associação em Enfermagem

Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria

Universidade de Évora

Enf.ª Lílian Brás

Novembro de 2021

Assunto: Utilização medidas não farmacológicas, utilizadas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Palavra Chave: Dor; medidas não farmacológicas; lactentes e recém-nascidos (RN).

Para: Profissionais de saúde do Serviço de Internamento de Pediatria

Geralmente a maioria dos procedimentos realizados em crianças são traumáticos, desagradáveis e dolorosos, ou acabam por gerar medo seja no lactente/família. Nesse sentido o presente documento foi elaborado com o intuito de capacitar e sensibilizar a equipa de enfermagem para utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida.

I – OBJETIVO GERAL:

Controlar a dor em procedimentos invasivos (todos os procedimentos que envolvam agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos):

I.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover o controlo da dor no RN e lactentes durante os procedimentos dolorosos;
- Minimizar a dor e a ansiedade no RN/lactente/família, quando sujeitos a procedimentos invasivos;
- Implementar técnicas de intervenções não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos dolorosos na equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria;
- Proporcionar sempre a presença e colaboração dos pais/cuidadores principais, enquanto parceiros na relação do cuidar.

II – DESTINATÁRIOS

Todos os enfermeiros que desempenham funções no internamento de pediatria, sempre que seja necessário a realização procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

III – ORIENTAÇÕES

- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante todo o procedimento, de modo a utilizar medidas não farmacológicas no alívio da dor;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas a cada idade;
- Considerar, nos RN e lactentes, a amamentação, posicionamentos, distração e a utilização de sacarose 24% ou glucose a 30% juntamente com a sucção não nutritiva.

IV – CRITÉRIOS

Consideram-se critérios de boas práticas, no controlo da dor em procedimentos dolorosos no RN/lactente:

- Assegurar o respeito da privacidade do RN /lactente/família;
- Envolver os pais na parceria de cuidados;
- A utilização sistemática de intervenções não-farmacológicas (sensoriais e cognitivo-comportamentais) para reduzir o medo e a ansiedade.
- Diminuir os estímulos ambientais: falar baixo, permanecer calmo, realizar os movimentos com suavidade e tocar a criança com delicadeza;
- Estabelecer uma relação de confiança com a criança/família;

V – DURANTE O PROCEDIMENTO O ENFERMEIRO DEVE:

- Posicionar a criança de forma confortável;
- Manter os pais presentes e no campo de visão da criança;

- Permitir a presença do objeto de transição/afeto;
- Utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Realizar o procedimento com rapidez e eficiência;
- Elogiar a criança pela sua colaboração no procedimento.

VI – FUNDAMENTAÇÃO

O amadurecimento do sistema nervoso ocorre antes do nascimento, no primeiro ano de vida, o seu processo é veloz amplo e muito vulnerável às influências ambientais. Contudo o seu impacto a exposição de dor acarreta comorbilidades orgânicas e psicológicas (Cruz, 2020). O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação (IASP, 2011; Lima & Boniatti, 2017).

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, que envolve componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, comportamentais e espirituais, sendo que a sua presença desencadeia um efeito negativo (Ramos & Figueiredo, 2020). Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, no entanto na prática clínica evidencia-se que é necessário um maior investimento na implementação destas medidas de alívio da dor seja ela crónica ou aguda (Fontes et al., 2018).

Desde 2003 a DGS integra a dor como o 5º sinal vital, sendo o seu controlo um dever dos profissionais de saúde.

Neste sentido, importa referir que os lactentes manifestam a sua dor, através dos seguintes comportamentos:

- Choro de alta intensidade, tenso e irregular;
- Expressão facial com os olhos cerrados, região frontal contraída, sulco Naso labial aprofundado, boca em forma de quadrado com a língua mais arredondada;

- Respostas motoras simples de retração dos estímulos, mostram uma resposta localizada e tentam empurrar ou escapar ao estímulo da dor.

A carta da criança hospitalizada (1988), refere que é um direito das crianças, a adoção de técnicas de alívio da dor na prática clínica, mas que a utilização da mesma tem sido abaixo do ideal. A subutilização de estratégias de gestão da dor pode ser atribuída a uma falta de conhecimento sobre a dor, e a não utilização das estratégias não farmacológicas, interferindo com as boas práticas clínicas (Galvão, 2015). A carência de estratégias de gestão da dor pode ser atribuída, à falta de conhecimento do profissional de saúde, ou a recusa do mesmo em utilizar estratégias não farmacológicas.

Os cuidados de saúde, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), mais abrangente os cuidados não traumáticos, pressupõem intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico da criança/família, durante a permanência nas instituições de saúde. Os três eixos fundamentais que a filosofia dos cuidados não traumáticos pressupõe são: *“prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12).

A exposição repetida e prolongada pode acarretar sequelas no sistema neuro comportamental e cognitivo a médio e longo prazo. As experiências de dor no período neonatal e na infância definem a sua perceção na idade adulta, e aumentam assim o risco do desenvolvimento de problemas no futuro, como a ansiedade, transtornos de comportamento, o aumento da sensibilidade à dor, e o uso inadequado de medidas farmacológicas, podendo diminuir a sua eficácia. Estima-se que 25% dos adultos que referem medo de agulhas, desenvolvem esta fobia durante a infância, e 10% da população adulta evita procedimentos com agulhas (Lima, 2017). Vários estudos também mostram que o controlo da dor na idade pediátrica é menos valorizado, menos implementado e inadequado comparativamente com o controlo da dor na idade adulta (Friedrichsdorf & Goubert, 2020).

Medidas farmacológicas são mais eficazes no alívio da dor, contudo nem sempre o seu uso é possível, por isso, o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor, quer isoladamente quer em associação com as primeiras, será sempre mais vantajoso. As grandes vantagens das intervenções não farmacológicas, comparativamente ao tratamento

farmacológico centram-se na ausência de efeitos secundários e na potencialização da ação autónoma da criança (OE, 2020, p.2).

A diminuição da dor reduz o desconforto tanto da criança como da família/cuidador principal. As estratégias não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos são: Sucção não nutritiva, a administração de soluções açucaradas por via oral, o contato pele a pele no RN e recentemente os estudos revelam que a amamentação é uma das alternativas mais utilizadas e com mais resultados positivos (Galvão et al.,2015; WHO, 2015).

AMAMENTAÇÃO

A amamentação é uma estratégia natural, facilmente adotada pela mãe e pelos profissionais de saúde, não tem custos e ideal para ser utilizada em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar. Segundo a DGS (2012) recomenda-se colocar o lactente no seio materno minutos antes do início do procedimento doloroso (punção venosa, administração de terapêutica...) mantendo-o durante alguns minutos após o término do procedimento (OE, 2020, p.3; WHO, 2005).



Segundo a Ordem do Enfermeiros (OE), não existem relatos de episódios adversos, como engasgamentos ou regurgitações e referem que confrontadas com a frequência das mamadas, é improvável que uma criança associe a amamentação a um procedimento doloroso.

SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

A sucção não nutritiva, pode ser realizada através da chupeta (se a criança fizer utilização da mesma), dedo da mãe higienizado, na impossibilidade da presença da mãe, o próprio profissional de enfermagem poderá utilizar seu dedo com luvas. Está descrito que a utilização desta técnica inibe a hiperatividade e atenua o desconforto do RN e Lactente.



Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos recentes têm mostrado que o uso de sucção não nutritiva, em junção com a administração de soluções orais açucaradas como (sacarose e a glicose a 30%), diminuem a percepção da dor



GLUCOSE A 30%

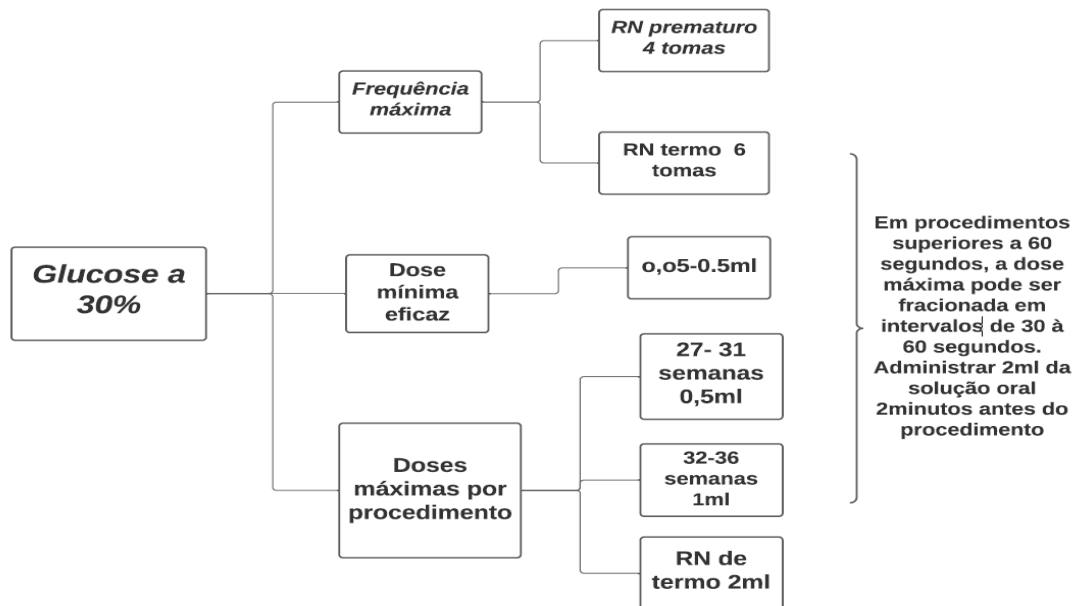
A administração da glicose a 30% está comprovada no alívio da dor pois envolve a libertação de opioides endógenos e tem função de distração. Parece haver consenso nas recomendações nacionais e internacionais que apontam para o uso de sacarose a 24% e glicose a 30% como as soluções mais indicadas:

O uso da glicose a 30% ou sacarose como intervenção não farmacológica é sugerida pela *Academia Americana de Pediatria*, para o alívio da dor aguda em RN e lactentes hospitalizados em Internamentos de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a execução de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso (OE, 2013).



- A dose recomendada para recém-nascidos de termo são 2 ml da solução oral administrados por seringa sobre a porção anterior da língua, cerca de 2 minutos antes do procedimento.
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. O uso desta medida encontra-se comprovado até aos 12 meses de idade.
- Nos recém-nascidos pré-termo a dose varia entre 0,5ml a 1ml, de acordo com a idade gestacional, sendo que a sua administração abaixo das 27 semanas não se encontra indicada (DGS, 2012; Batalha, 2010; AAP, 2016).
- Estudos demonstram ainda que o efeito se prolonga por cerca de 4 minutos atingindo o pico 2 minutos após a administração, pelo que recomendam que sejam administradas pequenas quantidades de sacarose/glicose de 2 em 2 em procedimentos com duração superior a 4 minutos.

Fluxograma da Glucose a 30%



POSICIONAMENTOS

Deve ser evitada a posição de decúbito dorsal durante procedimentos de forma a minimizar a dor. Privilegiar a posição sentado ou deitado ao colo dos pais (Taddio et al 2010). Em contexto internamento de Pediatria a posição de decúbito dorsal é bastante utilizada para punção venosa e colheita de sangue, porque os procedimentos são bastante minuciosos e necessitam de muita atenção e destreza do profissional de saúde, é escolhido para minimizar a quantidade de tentativas e erros na realização do procedimento, sempre tendo em conta a maximização dos cuidados e a diminuição da dor da criança.



A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como facilitated tucking e containment. A contenção manual é uma forma de apoio postural que, ao contrário da restrição física, não envolve o uso da força. É uma medida de conforto e destina-se a evitar a desorganização motora, ela própria stressante, que os estímulos desagradáveis



provocam nestas idades, assim sendo, é útil até ao desaparecimento do reflexo de Moro (DGS, 2012).

CONTATO PELE-A-PELE

Utilizado durante o primeiro mês de vida do RN (de 0-28 dias) Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor, O contacto materno pele-a-pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo.



DISTRAÇÃO

Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeos utilizando telemóveis e tablets, mostrar imagens e contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar balão ou bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança.



REFORÇO POSITIVO

Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificado), conforme combinado.



VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a dor varie muito de pessoa para pessoa, a manifestação e reação da mesma esta presente em todas as idades. Estudos referem que os lactentes prematuros, quando submetidos ao mesmo estímulo, sentem mais dor do que um adulto.

A sensibilização, a formação dos profissionais e a implementação de normas e protocolos, são fundamentais para uma parceria de cuidados de qualidade com objetivo de minimizar a dor e o sofrimento da criança/família, promovendo assim o mais elevado estado de saúde possível.

Para implementar essas medidas é necessário que os profissionais de saúde, estejam motivados e sensibilizados para a necessidade de formação contínua de forma a estarem permanentemente atualizados sobre as melhores evidências disponíveis e que se encontrem conscientes dos direitos da criança/família na diminuição da dor.

A realização de cuidados de enfermagem na capacitação da família/criança implica uma responsabilidade entre aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado, sendo por isso imprescindível que o enfermeiro partilhe conhecimentos e experiências de modo que todo o processo promova a qualidade dos cuidados.

VIII – RESPONSABILIDADES

Divulgação e implementação: Enfermeira Chefe do Serviço de Internamento de Pediatria.

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

IX – BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação nº 024/2012 de 18/12/2021.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122021-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012.

http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., Ribeiro, M. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051

https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0270.pdf

IASP (2011). *Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage In Classification of Chronic Pain*. Second Edition.

<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>

Lima, T. (2017). *Projeto de pesquisa: Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação*. Universidade La Salle.

<https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2017/article/viewFile/719/658>

Ramos, Ana L., Figueiredo, Maria C. B. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (1ª edição) Lidel. Lisboa

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág. 11/11
 Enf.ª Lilian Brás	22-11-2021		09/12/2021	

APÊNDICE G – Poster – Internamento de Pediatria.

Serviço de Internamento de Pediatria

“Medidas não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos durante o primeiro ano de vida”

AMAMENTAÇÃO

A amamentação é uma estratégia natural, recomenda-se colocar o lactente no seio materno minutos antes do início do procedimento doloroso.



SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

A utilização desta técnica inibe a hiperatividade, atenuando o desconforto do RN e Lactente. O uso concomitante com a glucose a 30% potencializa seu efeito.



GLUCOSE A 30%

A administração da glucose a 30% está comprovada no alívio da dor, pois envolve a libertação de opioides endógenos e a distração.



POSICIONAMENTOS

Privilegiar a posição sentado ou deitado ao colo dos pais. Sempre que possível evitar a posição de decúbito dorsal durante os procedimentos dolorosos de forma a minimizar a dor do lactente.



DISTRAÇÃO

Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeos utilizando telemóveis e tablets, imagens, músicas e contar histórias).



REFORÇO POSITIVO

Utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, balão...), conforme combinado.



PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

MAIS UTILIZADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.



Glicemia capilar/
Gasometria

Punção
Venosa



Coleta de
Urina

APÊNDICE H – Resumo Scoping Review “Medidas não farmacológica para alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida”

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:

Autores: Lílian Brás⁽¹⁾; Margarida Malcata⁽²⁾

RESUMO

Introdução: A dor é um fenómeno complexo, que envolve vários componentes comportamentais, e a sua presença desencadeia um efeito negativo. Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, existe uma diversidade de intervenções não farmacológicas com eficácia comprovada, que tem a função de reduzir a dor e a ansiedade nos procedimentos invasivos no primeiro ano de vida. **Objetivo:** Mapear na literatura os tipos de intervenções não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida.

Métodos: A elaboração da presente *Scoping Review* segue o protocolo da *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁾. Para tal pesquisa foi utilizada a estratégia de questão relativa à população, conceito e contexto [PCC]. A pesquisa foi realizada no motor de buscar B-On (Complementary Index, Academic Search Complete, ScienceDirect, MEDLINE, Scopus®, SciELO, Supplemental Index e PubMed) com o intervalo cronológico 2015-2021, verificando-se a seguinte equação booleana “procedimentos dolorosos” and “intervenções não farmacológicas” and “recém-nascidos” and “lactentes” and “procedimentos com agulha”. As palavras-chaves foram devidamente validadas nos descritores Ciência da Saúde (DeCS)⁽²⁾, e Medical Subject Headings (MeSh)⁽³⁾. **Resultados:** Foram selecionados 6 artigos que foram de encontro com o objetivo inicial, sendo que todos eles evidenciavam a importância da utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor, os tipos de intervenções utilizadas e a importância do papel do profissional de saúde na utilização das mesmas. **Conclusões:** Conclui-se existe necessidade de capacitação profissional para melhor prestação de cuidados de forma a minorar situações de stress, face a dor aguda no neonato e lactente, utilizando intervenções não farmacológicas para alívio da dor.

Palavras-chave - Procedimentos Dolorosos; Intervenções não Farmacológicas; Recém-nascidos; Lactentes; Procedimentos com Agulha.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a complex phenomenon, which involves several behavioral components, and its presence triggers a negative effect. In recent years, pain control in children has been hotly debated, assuming an important role in the quality of health care, there is a diversity of non-pharmacological interventions with proven efficacy, which have the function of reducing pain and anxiety in procedures. Invasive in the first year of life. **Objective:** To map in the literature the types of non-pharmacological interventions used during painful procedures in the first year of life. **Methods:** The preparation of this Scoping Review follows the Joanna Briggs Institute protocol ⁽¹⁾. For this research, the question strategy related to population, concept and context [PCC] was used. The search was performed in the B-On search engine (Complementary Index, Academic Search Complete, ScienceDirect, MEDLINE, Scopus®, SciELO, Supplemental Index and PubMed) with the chronological interval 2015-2021, verifying the following Boolean equation "procedures pain" and "non-pharmacological interventions" and "newborns" and "infants" and "needle procedures". The keywords were duly validated in the descriptors Health Science (DeCS) ⁽²⁾, and Medical Subject Headings (MeSh) ⁽³⁾. **Results:** Six articles were selected that met the initial objective, all of which highlighted the importance of using non-pharmacological measures for pain relief, the types of interventions used and the importance of the health professional's role in the use of same. **Conclusions:** It is concluded that there is a need for professional training to provide better care in order to alleviate stressful situations in the face of acute pain in neonates and infants, using non-pharmacological interventions for pain relief.

Keywords - Painful Procedures; Non-Pharmacological Interventions; Newborns; infants; Needle Procedures

APÊNDICE I – Proposta de norma de procedimento no serviço UCIN

Assunto: Intervenções não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos durante o internamento em Neonatologia.

Palavra Chave: Dor, lactentes e recém-nascidos (RN).

Elaborada: Enf.^a Lílian Brás;

Para: Profissionais de saúde da SMIPN.

Geralmente a maioria dos procedimentos realizados em crianças são traumáticos, desagradáveis e dolorosos, ou acabam por gerar medo seja no recém-nascido/lactente/família. Nesse sentido o presente documento foi elaborado com o intuito de capacitar e sensibilizar a equipa de enfermagem para utilização de medidas não farmacológicas no primeiro ano de vida.

I – OBJETIVO GERAL:

Controlar a dor em procedimentos invasivos. (todos os procedimentos que envolvam agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos):

I.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover o controlo da dor no RN e lactentes durante os procedimentos dolorosos;
- Minimizar a dor e a ansiedade no RN/lactente/família, quando sujeitos a procedimentos invasivos;
- Proporcionar sempre a presença e colaboração dos pais/cuidadores principais, enquanto parceiros na relação do cuidar.

II – INFORMAÇÕES GERAIS

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, que envolve componentes fisiológicos, sensoriais, afetivos, comportamentais e espirituais, e a sua presença desencadeia um efeito negativo⁽¹⁾. Nos últimos anos, o controlo da dor na criança tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, mas na prática a adoção de medidas de alívio da dor aguda ou crónica tem sido abaixo do ideal⁽²⁾. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada pelas entidades acreditadas, a nível internacional, como um padrão de qualidade⁽³⁾.

Sendo a dor é um fenómeno subjetivo, individual e é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo difícil a sua avaliação. O seu significado é alicerçado a cada experiência dolorosa vivida desde a infância ou até mesmo desde o período neonatal e a incapacidade verbal de expressar dor não impossibilita a sua presença. O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação^(4,5).

Em 2003 a DGS equipara a dor como 5º sinal vital, com o intuito de sistematizar a intensidade da dor. Em 2008 é criado o Programa Nacional de Controlo da dor, neste seguimento em 2010 é elaborada as orientações técnicas sobre a avaliação da dor em crianças e por fim em 2012 é realizada as orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos⁽¹²⁾.

A avaliação da dor deve ser sistemática, utilizando escalas de avaliação da dor apropriadas e adequadas à idade e à situação clínica viabilizando o tratamento adequado⁽¹⁾. Estas avaliações devem ser feitas de forma regular e sistematizada a todas as crianças desde o primeiro contato (internamento), em SOS sempre que for necessário, e posteriormente pelo menos uma vez em cada turno de (8 horas).

As escalas mais utilizadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), são:

- EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). Até um mês;
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Utilizada em recém-nascidos com ventilação assistida.

A exposição repetida e prolongada da dor, pode acarretar sequelas no sistema neuro comportamental e cognitivo a médio e a longo prazo. As experiências de dor no período neonatal e na infância definem a sua perceção na idade adulta. Vários estudos também mostram que o controlo da dor na idade pediátrica é menos valorizado, menos implementado e inadequado comparativamente com o controlo da dor na idade adulta⁽⁶⁾.

Nos últimos anos, temos assistido uma enorme evolução quer a nível de conhecimento da dor, quer a nível de opções terapêuticas para o alívio da dor na idade pediátrica. Apesar da

evidência mostrar que a prevenção e o tratamento da dor devem ser uma prioridade nos cuidados de saúde de qualidade, ainda existe uma lacuna entre a evidência e a prática e, muitas crianças continuam a não receber o tratamento mais adequado ⁽⁵⁾.

Os cuidados a-traumáticos são definidos como intervenções adequadas para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e família nos cuidados de saúde. Cabe ao enfermeiro um lugar de destaque no alívio da dor, visando a tomada de decisão sobre a implementação dessas medidas de conforto, respeitando sempre as características e as vulnerabilidades de cada recém-nascido e lactente, de modo a promover o conforto e preservar-lhes de vivências dolorosas e desnecessárias durante a sua hospitalização ⁽⁷⁾.

Nos dias de hoje, em Portugal a cada 100 crianças 8 nascem prematuramente, os recém-nascidos pré-termo pela sua condição, são diariamente submetidos a diversos procedimentos dolorosos em contexto hospitalar, podemos evidenciar que os procedimentos realizados com maior frequência são punção de calcanhar e punção venosa ⁽⁸⁾.

Atualmente existe uma diversidade de intervenções não farmacológicas com eficácia comprovada, que tem a função de reduzir a dor e a ansiedade nos procedimentos invasivos nos recém-nascidos e lactentes ⁽¹¹⁾. Medidas farmacológicas são mais eficazes no alívio da dor, contudo nem sempre o seu uso é possível, por isso, o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor, quer isoladamente quer em associação com as primeiras, será sempre mais vantajoso. As grandes vantagens das intervenções não farmacológicas, comparativamente ao tratamento farmacológico centram-se na ausência de efeitos secundários e na potencialização da ação autónoma da criança ⁽⁹⁾.

As estratégias não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos são: Sucção não nutritiva, a administração de soluções açucaradas por via oral, o contato pele a pele no RN e recentemente os estudos revelam que a amamentação é uma das alternativas mais utilizadas e com mais resultados positivos ^(10,11).

II. I MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Comportamentos protetores

- Agrupar as colheitas de sangue minimizando o nº de venopunções diárias;
- Estabelecer um acesso venoso central minimizando as punções venosas, arteriais ou capilares;
- Limitar o uso do adesivo a fim de minimizar a dor e o desconforto resultante do seu descolamento e colocar entre a pele e adesivo uma base de adesivo hidrocoloide- “Askina”;
- Pedir a colaboração de um enfermeiro ou pais para suportarem e confortarem o bebé durante um procedimento que causa dor ou desconforto;

➤ **SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA**

A sucção não nutritiva, pode ser realizada através da chupeta (se a criança fizer utilização da mesma), dedo da mãe (luvas), na impossibilidade da presença da mãe, o próprio profissional de enfermagem poderá utilizar seu dedo com luvas. Está descrito que a utilização desta técnica inibe a hiperatividade e atenua o desconforto do RN e Lactente.



Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos recentes têm mostrado que o uso de sucção não nutritiva, em junção com a administração de soluções orais açucaradas como (sacarose e a glucose a 30%), diminuem a percepção da dor. Administrar 1,5ml (dose máxima) da sacarose em aproximadamente 2 minutos antes de cada procedimento dolorosos ⁽¹²⁾.



➤ **POSICIONAMENTOS**

A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como facilitated tucking e containment. A contenção manual é uma forma de apoio postural



que, ao contrário da restrição física, não envolve o uso da força. É uma medida de conforto e destina-se a evitar a desorganização motora, ela própria stressante, que os estímulos

desagradáveis provocam nestas idades, assim sendo, é útil até ao desaparecimento do reflexo de Moro ⁽¹²⁾.

CONTENÇÃO

Contenção suave, sem restringir os movimentos em demasia, das extremidades da cabeça e tronco.



Contenção com rolos ou ninhos: Colocar no ninho, e com as tiras de tecido ou lençóis, aconchegar ou conter;

Contenção com a mão: Conter e aconchegar com as mãos; Incentivar os pais a fazerem-no, pois aumenta o seu sentido de pertença e utilidade para com o seu filho; Fletir e conter com as mãos os membros do RN ao tronco, antes e após o procedimento; “Resting hands”, colocando a mão esquerda sobre a cabeça e a mão direita envolvendo o abdómen, sem pressionar a zona do cordão umbilical, durante algum tempo até o bebé acalmar e adormecer, após o que se retiram as mãos com suavidade (aquecer convenientemente as mãos antes de tocar); Iniciar o toque lentamente, bem como o retirar das mãos de forma suave e progressiva diminuindo a pressão até deixar de tocar;

Palmadinhas: Dar palmadinhas ou festinhas durante e após o procedimento;

Embalar: estimulando a função vestibular, pedir a colaboração dos pais.

No RN prematuro utilizar a contenção o toque do pousar das mãos, ou o método do canguru são os mais aconselhados;

➤ CANGURU MATERNO

Utilizado durante o primeiro mês de vida do RN (de 0-28 dias). Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor. O contacto materno pele-a-pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo.



➤ **DISTRAÇÃO**

O bebé bem coordenado, de termo, é capaz de se distrair/abster de estímulos nocivos através de movimentos mão-boca e sucção não nutritiva ou tentando adormecê-lo.

➤ **MASSAGEM**

Quando o bebé é suavemente e firmemente massajado relaxa e proporciona um sentimento de segurança e bem-estar. Eles apreciam particularmente a massagem dos pés, se não estiverem demasiado doridos pelas punções dos calcanhares.



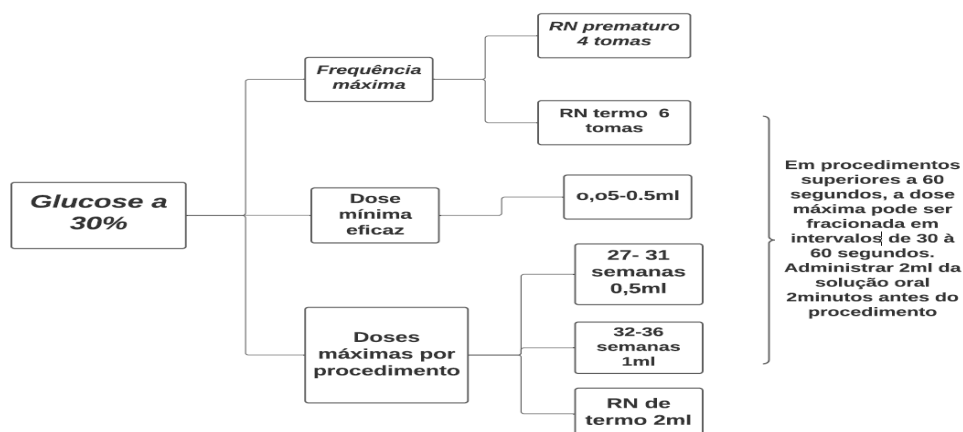
➤ **GLUCOSE A 30%**

A administração da glucose a 30% está comprovada no alívio da dor pois envolve a libertação de opioides endógenos e tem função de distração. Parece haver consenso nas recomendações nacionais e internacionais que apontam para o uso de sacarose a 24% e glicose a 30% como as soluções mais indicadas:

O uso da glucose a 30% ou sacarose como intervenção não farmacológica é sugerida pela *Academia Americana de Pediatria*, para o alívio da dor aguda em RN e lactentes hospitalizados em Internamentos de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a execução de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso ⁽¹³⁾.



Fluxograma da Glucose a 30%



III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a dor varie muito de pessoa para pessoa, a manifestação e reação da mesma esta presente em todas as idades. Estudos referem que os lactentes prematuros, quando submetidos ao mesmo estímulo, sentem mais dor do que um adulto.

A sensibilização, a formação dos profissionais e a implementação de normas e protocolos, são fundamentais para uma parceria de cuidados de qualidade com objetivo de minimizar a dor e o sofrimento da criança/família, promovendo assim o mais elevado estado de saúde possível.

Para implementar essas medidas é necessário que os profissionais de saúde, estejam motivados e sensibilizados para a necessidade de formação continua de forma a estarem permanentemente atualizados sobre as melhores evidências disponíveis e que se encontrem conscientes dos direitos da criança/família na diminuição da dor.

A realização de cuidados de enfermagem na capacitação da família/criança implica uma responsabilidade entre aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado, sendo por isso imprescindível que o enfermeiro partilhe conhecimentos e experiências de modo que todo o processo promova a qualidade dos cuidados.

IV – CRITÉRIOS

Consideram-se critérios de boas práticas, no controlo da dor em procedimentos dolorosos no RN/lactente:

- Assegurar o respeito da privacidade do RN /lactente/família;
- Envolver os pais na parceria de cuidados;
- A utilização sistemática de intervenções não-farmacológicas (sensoriais e cognitivo-comportamentais) para reduzir o medo e a ansiedade.
- Diminuir os estímulos ambientais: falar baixo, permanecer calmo, realizar os movimentos com suavidade e tocar a criança com delicadeza;
- Estabelecer uma relação de confiança com a criança/família;

V – Quem Executa

O Enfermeiro.

VI – DURANTE O PROCEDIMENTO O ENFERMEIRO DEVE:

- Posicionar a criança de forma confortável;
- Manter os pais presentes e no campo de visão da criança;
- Utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Realizar o procedimento com rapidez e eficiência;
- Elogiar a criança pela sua colaboração no procedimento.

VII – RESPONSABILIDADES

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Divulgação e implementação: Enfermeira Chefe do Serviço UCIN – Faro, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Execução: Equipa de enfermagem do Serviço de Internamento da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ramos AL, Figueiredo MCB. Enfermagem em saúde da criança e do Jovem. Lisboa 1ª edição Lidel. 2020
- 2- Fontes V, Ribeiro C, Dantas R, Ribeiro M. Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 2018. 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051 Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0270.pdf
- 3- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010. Disponível em: file:///C:/Users/lobol/OneDrive/Documentos/3%C2%BA%20Semestre/Ensino%20Clinico%20II/Neonatologia/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- 4- IASP. Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage In Classification of Chronic Pain. Second Edition. 2011: Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- 5- Lima T. Projeto de pesquisa: Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação. Universidade LA Salle 2017: Disponível em: <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2017/article/viewFile/719/658>
- 6- Friedrichsdorf S, Goubert L. Pädiatrische Schmerztherapie und -prävention bei hospitalisierten Kindern [Tratamento pediátrico da dor e prevenção para crianças hospitalizadas] 2020; O Schmerz. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00519-0>
- 7- Guimarães LGS, Binotto NS, Ederli SF, Tacla MTGM. Manejo da dor em punção venosa pediátrica: um pacote de medidas. São Paulo: Rev Recien. 11(33):157-168. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.157-168>
- 8- Morganheira DSF. 2018. Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas. Évora, Portugal: Repositório da Universidade de Évora. Disponível em: <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23276>
- 9- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. N.º 07/2020 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf

- 10- Galvão D, Pedroso R, Ramalho S. (2015) Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 89-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851779010>
- 11- World Health Organization. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, 39, 505–516. <http://www.who.int/wer>
- 12- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação nº 024/2012 de 18/12/2012. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- 13- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática*, série 1, nº 6, Cadernos Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

APÊNDICE J – Cronograma de Atividades de Estágio

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Tempo \ Atividades	2021						2022			
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	
Revisão bibliográfica	[Orange blocks]									
Diagnóstico de situação	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Definição de objetivos	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Planeamento	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Execução	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Avaliação	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Elaboração do relatório final	[Orange blocks]									

Legenda:

[Grey box]	Pausa letiva
[Green box]	Estágio I: USF
[Blue box]	Estágio Final: CHUA - Serviço de Urgência Pediátrica
[Orange box]	Estágio Final: CHUA – Internamento de Pediatria
[Yellow box]	Estágio Final: CHUA – UCIN

APÊNDICE K – Cronograma de Estágio

Cronograma Estágio

		2021							2022	
Datas Estágio	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	
	I	█	█	█	█	█	█	█	█	█
II										

Legenda:

█	Pausa letiva
█	Estágio I: USF – (17/05/21 – 26/06/21)
█	Estágio Final: – SUP (13/09/21 – 22/10/21)
█	Estágio Final: – IP (21/10/21 – 03/12/21)
█	Estágio Final: – UCIN (06/12/21 – 21/01/22)

APÊNDICE L – Proposta do Projeto de Estágio

RESUMO

O amadurecimento do sistema nervoso ocorre antes do nascimento, no primeiro ano de vida, o seu processo é veloz amplo e muito vulnerável às influências ambientais. Contudo o seu impacto a exposição de dor acarreta Comorbilidades orgânicas e psicológicas (Cruz, 2020). O desenvolvimento da dor e a capacidade de sentir dor instala-se através de estímulos nociceptivos e os seus recetores sensoriais cutâneos estão presentes desde as 24 semanas de gestação (IASP, 2011; Lima, 2017).

Um dos pilares da enfermagem pediátrica é o cuidado a-traumáticos, baseado nas experiências de dor, da doença e da hospitalização podendo ser traumáticos a criança/família devendo ser alvo de estratégias e intervenções dos profissionais para minimizar esse trauma. O trauma por sua vez é o causador de danos mais irreversível, acerca do dano físico e emocional do Recém-nascido (RN) e lactente, levando a efeitos adversos e prolongados no bem-estar, físico e mental, social e espiritual (Ramos & Figueiredo, 2020).

Nos últimos anos, o controlo da dor no RN/lactente/criança, tem sido arduamente debatido, assumindo um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde, no entanto na prática clínica evidencia-se que é necessário um maior investimento na adoção destas medidas de alívio da dor seja ela crónica ou aguda (Fontes et al., 2018).

No âmbito dos cuidados de saúde primários a administração de injetáveis é a causa mais comum de dor na primeira infância, sendo esta técnica repetida várias vezes durante o primeiro ano de vida do lactente, considerada a principal origem de dor e sofrimento nas crianças/família. Em contexto hospitalar os procedimentos dolorosos variam entre os procedimentos com agulhas e outros procedimentos invasivos.

Os profissionais de saúde destacam-se como os principais responsáveis pela diminuição dessa prática, em contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários. É um direito da criança a utilização de medidas de alívio da dor, consignado, entre outros na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2012; Fontes et al., 2018). Os profissionais de saúde devem criar estratégias e ensinamentos para administração dessa prática, utilizando medidas não farmacológicas para diminuição da dor no lactente, em conjunto com a parceria de cuidados envolvendo os pais em todos os procedimentos dolorosos (Fontes et al., 2018).

Esta dor iatrogénica não controlada no início de vida, pode acarretar no RN comprometimento no desenvolvimento cerebral, e no lactente, alterações irreversíveis na resposta à dor (OE, 2020, p.1).

Entre as estratégias estudadas no alívio da dor do lactente, estudos têm mostrado que o uso de sucção não nutritiva, associada a administração de soluções orais açucaradas como (sacarose e a glucose a 30%), diminuem a perceção da dor. A amamentação é uma alternativa muito positiva na realização de procedimentos dolorosos, o leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprir a dor (Galvão et al., 2015; WHO, 2015). Outras intervenções não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos são; redução de luzes e ruídos, contenção e posicionamentos em contexto neonatologia, contato pele a pele com os pais (principalmente a mãe, no caso de impossibilidade ter em atenção a presença do pai), distração, massagem, relaxamento (OE, 2013).

Os objetivos das intervenções não farmacológicas são diminuir o medo, reduzir o stress e a dor, além disto, o uso destas medidas durante procedimentos dolorosos reduz também a ansiedade dos pais. Contudo, aquilo que a literatura atual demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema consiste na insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde e fraca adesão à implementação destas intervenções. Logo, as certezas apontam que apesar das recomendações existentes, verifica-se uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado, com o que se aplica na prática (OE, 2020, p.4).

Com base nas orientações referidas anteriormente, este projeto será desenvolvido ao longo do Estágio I e Estágio Final do Mestrado em Associação, no ramo da especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, seguindo a linha de investigação, "Cuidados de enfermagem em populações específicas" e tem como objetivo principal implementar medidas não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida. Com os objetivos específicos pretende-se; sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem na utilização de estratégias não farmacologias no primeiro ano de vida, promover intervenções não farmacológicas utilizadas no alívio da dor no primeiro ano de vida.

A elaboração deste projeto é essencial para planear as atividades e as estratégias que irão de certa forma facilitar uma organização metodológica e também promover a continuidade de conhecimentos adquiridos. Assim, foi realizado um plano que visa os objetivos específicos, as atividades e estratégias a serem desenvolvidas. Com intuito de complementar e organizar as

atividades, foi realizado um cronograma que permite uma melhor orientação para essas mesmas atividades.

Para alcançar os objetivos gerais e específicos, foram realizadas sessões de educação para saúde que visem a capacitação e sensibilização dos profissionais na utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, realizando estudos com bibliografias atuais para maximizar os conhecimentos.

Elaboração de normas e procedimentos sobre as intervenções não farmacológicas de alívio de dor, adequadas e específicas a cada um dos serviços.

As temáticas das sessões de educação para a saúde a serem desenvolvidas são passíveis de ligarem o conhecimento teórico com a prática do público alvo, utilizando os métodos expositivos, para uma melhor aquisição de conhecimentos.

Sensibilizar e capacitar pais/famílias, assim como, profissionais na utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor no primeiro ano de vida, são as vertentes utilizadas para implementação e planeamento deste projeto.

CRONOGRAMA

Tempo	2021						2022			
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	
Revisão bibliográfica	[Orange blocks]									
Diagnóstico de situação	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Definição de objetivos	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Planeamento	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Execução	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Avaliação	[Green blocks]		[Grey blocks]		[Blue blocks]		[Orange blocks]		[Yellow blocks]	
Elaboração do relatório final	[Orange blocks]									

Legenda:

- [Grey] Pausa letiva
- [Green] Estágio I: USF [Redacted]
- [Blue] Estágio Final: [Redacted] - Serviço de Urgência Pediátrica
- [Orange] Estágio Final: [Redacted] - Internamento de Pediatria
- [Yellow] Estágio Final: [Redacted] - UCIN

Atuação do Enfermeiro Especialista no controlo da dor no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Referências Bibliográficas:

- Carta da criança hospitalizada. (1988). Instituto de apoio a criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Cruz, M. D.D. (2020). Epidemiologia da Dor Neonatal. Fatores determinantes para sua prevenção e tratamento. [Tese no âmbito do Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. <https://eq.uc.pt/handle/10316/91098?mode=full>
- Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., Ribeiro, M. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Br J Pain*, 1(3), 270-273. DOI 10.5935/2595-0118.20180051 https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0270.pdf
- Galvão, D., Pedroso, R., Ramalho, S. (2015) Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 89-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851779010>
- IASP (2011). *Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage In Classification of Chronic Pain*. Second Edition. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Lima, T. (2017). *Projeto de pesquisa: Avaliação de método para alívio da dor na criança em vacinação*. Universidade La Salle. <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2017/article/viewFile/719/658>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática*, série 1, nº 6, Cadernos Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. N.º 07/2020 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf
- Ramos, Ana L., Figueiredo, Maria C. B. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (1ª edição) Lidel. Lisboa
- World Health Organization. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, 39, 505–516. <http://www.who.int/wer>

APÊNDICE M – Questionário utilizado USF
(Morganheira,2018)

Intervenções não farmacológicas de alívio da dor – Sessão de Formação

Com as seguintes questões pretende-se conhecer a perceção dos enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos dolorosos, durante o primeiro ano de vida.

1. Quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos que conhece?

2. Quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos que utiliza, normalmente, em bebés até aos 12 meses de idade?

3. Com que frequência utiliza intervenções não farmacológicas de alívio de dor na sua prática diária?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE N – Certificado de SAV



APÊNDICE O - “Certificado do I congresso Internacional de Enfermagem da criança e adolescente”



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

Certificado

Certifica-se que Lilian de Jesus Lobo Brás participou no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema "Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar", realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.

Isabel Malheiro
Presidente do Congresso

APÊNDICE P - “Saúde Mental e Neuro desenvolvimento: O diagnóstico no Bebê e na Criança baseado na DC: 0-5”

