



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Controlo da dor em procedimentos com agulha
no primeiro ano de vida: Intervenções não
farmacológicas**

Dina Sofia Freire Morganheira

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

Dina Sofia Freire Morganheira

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Aos meus filhos, Maria e Francisco.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dons da Vida e da Perseverança.

À Maria e ao Francisco, pelos seus sorrisos em todos os momentos, por me terem levado a descobrir a paixão pela pediatria e, acima de tudo, por me proporcionarem a melhor de todas as experiências, ser Mãe.

Ao Daniel, por me ter impulsionado e motivado a percorrer este caminho e por ser um pilar fundamental na minha vida e na vida dos nossos filhos.

Aos meus pais e irmã, por tudo o que fizeram e fazem por mim.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, pela motivação que me transmitiu ao longo de todo o caminho e pelo empenho e disponibilidade com que orientou este Relatório.

Ao Professor António Casa Nova, pelo acompanhamento e pelo respeito demonstrado pelas minhas escolhas neste percurso.

A todas as crianças a quem presto cuidados diariamente, pelos seus sorrisos sinceros que me motivam a ser melhor a cada dia.

A todos muito, muito obrigada.

RESUMO

Título: Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas.

Os procedimentos dolorosos são a mais frequente causa de dor na criança que recorre às instituições de saúde. Dentro destes, destacam-se os procedimentos com agulha como os mais frequentemente realizados em recém-nascidos e lactentes. Atualmente, existe uma panóplia de intervenções não farmacológicas, estudadas e validadas como eficazes no controlo da dor nestes procedimentos.

Desenvolveu-se um Projeto de Estágio aplicado transversalmente, dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares, que visou contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida. Este projeto permitiu sensibilizar as equipas de Enfermagem, perspetivando-se o aumento da utilização destas intervenções, e desenvolver um estudo descritivo que relata as intervenções não farmacológicas realizadas e avalia o seu benefício.

Neste Relatório é, ainda, descrito e analisado o percurso formativo que conduziu ao desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras Chave: Recém-nascidos e Lactentes (MeSH); Procedimentos Dolorosos (MeSH); Intervenções não farmacológicas.

ABSTRAT

Title: Pain management in needle procedures in the first year of life: non pharmacological interventions.

Painful procedures are the most frequent cause of pain in the child who goes to health institutions. Within these, procedures with needle are the most frequently performed in newborns and infants. Currently, there is a range of non-pharmacological interventions, studied and evaluated as effective in the control of pain in these procedures.

From the primary health care to hospital care, a project was developed that aimed to promote the use of non-pharmacological interventions in needle procedures in the first year of life. This project allowed sensitizing the nursing teams, with a view to increasing the use of these interventions, and to develop a descriptive study that describes the non-pharmacological interventions performed and assesses their benefit.

This report also describes and analyzed the training course that led to the development of competences of Master and Child Health and Pediatric Specialist Nurse.

Keywords: Newborns and Infants (MeSH); Painful procedures (MeSH); Non-pharmacological interventions.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS	14
ÍNDICE DE TABELAS	15
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	17
INTRODUÇÃO	19
1. A DOR EM PEDIATRIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	23
1.1. O controlo da dor e a Teoria do Conforto	27
1.2. A dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes	29
1.3. Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor	33
2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS COM AGULHA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO	41
2.1. Enquadramento do Projeto: dos Cuidados de saúde Primários aos Cuidados Hospitalares	43
2.1.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	44
2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica	46
2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	48
2.2 Diagnóstico de Situação	50
2.2.1. Caracterização e análise da população alvo – equipa de Enfermagem	51
2.2.2. Caracterização dos procedimentos com agulha realizados pelas equipas de Enfermagem	59
2.3 Definição dos Objetivos do Projeto	63
2.4. Planeamento do Projeto	65
2.5. Implementação do Projeto	70
2.6. Avaliação e Discussão dos Resultados Obtidos	75
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DO ESTÁGIO I AO ESTÁGIO FINAL	91
3.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	92

3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	101
3.3. Competências de Mestre	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	129
Anexo A – Parecer da comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora	131
Anexo B – Escala de Avaliação de Dor FLACC	135
Anexo C – Escala de Avaliação de Dor NIPS	139
Anexo D – Certificado de Participação na sessão formativa “Informações sobre Sarampo” e “Novas Vacinas”	143
Anexo E – Certificado de participação no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia	147
Anexo F – Certificado de participação no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade	151
APÊNDICES	155
Apêndice A – Questionário aplicado às Equipas de Enfermagem	157
Apêndice B – Grelha de Observação das Intervenções não Farmacológicas realizadas	163
Apêndice C – Pedidos de autorização às instituições para realização do Projeto de estágio	167
Apêndice D – Caracterização das Equipas de Enfermagem: síntese dos dados recolhidos	173
Apêndice E – Proposta de projeto de estágio: Resumo, plano e cronograma	177
Apêndice F – Artigo “Benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes – Revisão Sistemática”	183
Apêndice G – Cronograma do Projeto de Estágio	203
Apêndice H – Planos das Sessões de formação apresentadas	207

Apêndice I – Diapositivos das Sessões de Formação apresentadas	213
Apêndice J – Questionário de Avaliação da sessão de formação	247
Apêndice K – Norma de procedimentos de Enfermagem: Colheita de sangue para o rastreio neonatal	251
Apêndice L – Procedimento para intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)	257
Apêndice M – Procedimentos para Intervenção não farmacológica de alívio de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-nascido	269
Apêndice N – Tabela de administração de glicose a 30% em procedimentos dolorosos em recém-nascidos	277
Apêndice O – Síntese dos resultados dos Questionários de Avaliação das Sessões de formação	281
Apêndice P – Estudo de caso	285
Apêndice Q – Folheto “Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida”	315
Apêndice R – Artigo “Preservação do direito à privacidade: perceção do doente internado – Revisão integrativa”	325

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Intervenções não farmacológicas de alívio de dor referidas em procedimentos dolorosos	55
Gráfico 2 – Intervenções não farmacológicas referidas em procedimentos com agulha nos primeiros 12 meses de vida	57
Gráfico 3 – Frequência de utilização das intervenções não farmacológicas de alívio de dor	58
Gráfico 4 – Distribuição pela idade em meses dos recém-nascidos e lactentes submetidos a procedimentos com agulha	60
Gráfico 5 – Distribuição pela idade corrigida dos recém-nascidos pré-termo submetidos a procedimentos com agulha	60
Gráfico 6 – Frequência absoluta dos procedimentos com agulha observados	61
Gráfico 7 – Distribuição dos procedimentos com agulha observados pelos três serviços	61
Gráfico 8 – Intervenções não farmacológicas referidas pelas equipas de Enfermagem após a sessão de formação	79
Gráfico 9 – Frequências absolutas das intervenções não farmacológicas observadas em recém-nascidos de termo e lactentes	82
Gráfico 10 – Frequências absolutas das intervenções não farmacológicas observadas em recém-nascidos pré-termo	82
Gráfico 11 – Combinação de intervenções não farmacológicas utilizadas em recém-nascidos de termo e lactentes	83
Gráfico 12 – Combinação de intervenções não farmacológicas utilizadas em recém-nascidos pré-termo por procedimento	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Relação das intervenções não farmacológicas utilizadas com o grau de dor na escala FLACC, no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes	87
Tabela 2 – Relação das intervenções não farmacológicas utilizadas com o grau de dor avaliado na escala NIPS, no grupo de recém-nascidos pré-termo	88

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AAP – American Academy of Pediatrics
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção Geral da Saúde
FLACC – Face Legs Activity Cry Consolability
IASP – International Association for the Study of Pain
ICN – Internacional Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatística
MeSH – Medical Subject Heading
NIPS – Neonatal Infant Pain Scale
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo
SNN – Sucção Não Nutritiva
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração
UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno multidimensional complexo. O controlo da dor na criança tem assumido um papel particularmente relevante nos últimos anos. São conhecidas, atualmente, as consequências negativas que a presença de dor pode despoletar. A dor não controlada tem uma importância acrescida no início de vida da criança. Nos recém-nascidos pré-termo, acredita-se que possa comprometer o desenvolvimento cerebral e nos lactentes pode levar a alterações na resposta à dor (Harrison et al., 2014).

Verifica-se que a maior causa de dor aguda na criança são os procedimentos invasivos (Direção Geral da Saúde (DGS), 2012b). No âmbito dos cuidados de saúde primários, destaca-se a administração de vacinas intramusculares como a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância (Taddio et al., 2010), sendo repetida várias vezes com maior incidência no primeiro ano de vida (DGS, 2016). Em contexto hospitalar, a maioria dos procedimentos invasivos realizados a recém-nascidos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, são punções venosas e punções do calcanhar (Batalha, 2010b). Assume-se, assim, que os procedimentos com agulha são dentro dos procedimentos invasivos aqueles que se realizam com maior frequência em recém-nascidos e lactentes, o que justifica a pertinência da ação sobre esta área específica.

Atualmente, é conhecida uma panóplia de intervenções não farmacológicas de alívio da dor relacionadas com procedimentos dolorosos ao recém-nascido e lactente, que se encontram estudadas e comprovadas como eficazes e seguras. Existe um conjunto de normas e recomendações que suportam o uso destas medidas, quer a nível nacional (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013) quer a nível internacional (American Academy of Pediatrics (AAP), 2016; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015; Taddio et al., 2010). 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. As intervenções não farmacológicas focam-se em ações independentes dos enfermeiros (Wente, 2013), o que motiva também o nosso interesse nesta área.

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 (Batalha, 2010; AAP, 2016; Harrison et al., 2014; Wente, 2013). Assim, as evidências apontam para que apesar das recomendações existentes, verifica-se uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática.

Assumimos especial interesse pela investigação na área do controlo da dor. Através da nossa experiência profissional corroboramos com os achados provenientes da revisão da literatura efetuada, que culminam na necessidade de promover o uso de intervenções não farmacológicas para alívio de dor em procedimentos com agulha.

Face ao exposto e inserido na linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas", definimos como área temática do nosso percurso formativo o domínio do controlo da dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes com enfoque nas intervenções não farmacológicas, com vista à promoção do seu uso e avaliação do seu benefício.

Integrado na Unidade Curricular Relatório, enquadrada no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o presente Relatório de Estágio assume-se como um trabalho científico que pretende descrever o processo de conceção, desenvolvimento e avaliação do Projeto de Estágio e, também, caracterizar e analisar o percurso formativo ao longo do Estágio I e Estágio Final, enquadrando-o no desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de competências de Mestre.

O Estágio I e o Estágio Final ocorreram em três unidades de saúde distintas nas quais foi desenvolvido o projeto de estágio "Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas". O desenvolvimento deste projeto baseou-se na metodologia de trabalho de projeto a qual se centra na "resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3).

A implementação do projeto de Estágio teve como objetivo principal contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha. Como objetivos específicos procurámos desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a dor e intervenções não farmacológicas que promovam o seu alívio; sensibilizar

as equipas de Enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor; observar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida e avaliar o benefício das intervenções não farmacológicas utilizadas através de escalas de avaliação de dor aguda.

Paralelamente ao Projeto de Estágio procurámos desenvolver atividades e experiências de aprendizagem que possibilitassem o desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Relativamente à estrutura deste Relatório de Estágio, após a presente *Introdução* onde é contextualizado e delimitado o tema em estudo, justificada a pertinência e definidos os objetivos seguem-se três capítulos distintos.

No primeiro capítulo designado por *A dor em Pediatria: enquadramento concetual*, é feito um enquadramento geral do controlo da dor e da importância que lhe tem sido atribuída ao longo do tempo, articulamos a temática em estudo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, explicitamos as particularidades da dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes e abordamos as intervenções não farmacológicas adequadas a esta faixa etária, explicando a sua aplicabilidade e mecanismos de atuação.

O segundo capítulo centra-se no desenvolvimento do Projeto de Estágio, abordamos detalhadamente todas as etapas percorridas, começando pelo enquadramento dos contextos onde o projeto foi desenvolvido. De seguida é feito o diagnóstico de situação de forma a apurar as necessidades específicas na população alvo do projeto. Este capítulo prossegue com a definição dos objetivos, planeamento e implementação do projeto. Por último, avaliamos e discutimos os resultados obtidos através de um estudo de desenho descritivo desenvolvido no decorrer do projeto.

No terceiro capítulo, *descrição e análise do percurso formativo: do Estágio I ao Estágio Final*, desenvolvemos uma visão integrativa de todo o percurso formativo realizado. Fundamentamos e descrevemos as experiências desenvolvidas nas competências comuns de Enfermeiro Especialista, de seguida abordamos o percurso efetuado na aquisição das competências específicas e, por fim, integramos as aprendizagens efetuadas nas competências de Mestre.

Terminamos com as *Considerações Finais*, nas quais fazemos uma síntese do caminho percorrido ao longo deste Relatório, focamos as principais conclusões obtidas com a

implementação do projeto, bem como os resultados apontados pelo estudo descritivo efetuado, dando ênfase às suas limitações, implicações para a Enfermagem e onde deixamos algumas pistas de caminhos futuros. Integramos também nas considerações finais, a síntese dos principais contributos para o desenvolvimento das competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A organização e formatação deste trabalho obedecem aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* 6ª edição.

1. A DOR EM PEDIATRIA: ENQUADRAMENTO CONCETUAL

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto de estágio transversal a todo o percurso formativo, incluindo de uma forma global os Estágios propostos. Tendo como base a linha de investigação “Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”, assumimos especial interesse pela área da dor, com foco na importância do seu controlo durante a realização de procedimentos dolorosos.

Empiricamente e recorrendo à experiência profissional na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, cremos que existe alguma resignação face à dor gerada por procedimentos dolorosos por parte dos profissionais de saúde, talvez devido à elevada frequência com que os realizam diariamente na sua prestação de cuidados, o que conduz a um controlo inadequado da dor durante a realização destes procedimentos. Assim, partindo de uma inquietação sentida através da experiência prática e tendo como meta o desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvemos um projeto cujo foco é o controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, com recurso a intervenções não farmacológicas.

Neste primeiro capítulo pretendemos enquadrar as noções concetuais que nortearam todo este percurso, fundamentaram as escolhas e estratégias definidas e, conseqüentemente, suportaram a ação desenvolvida. De acordo com Fortin (2009), o enquadramento concetual constitui um processo e uma forma ordenada de formular ideias, com o intuito de encontrar uma conceção clara e organizada do objeto de estudo. Começamos, então, por fazer uma abordagem geral ao conceito de dor em pediatria, seguindo-se o enquadramento do controlo da dor na teoria do conforto de Katharine Kolcaba. Prosseguimos, especificando a importância do controlo da dor em procedimentos com agulha relacionando-a com a faixa etária abordada neste trabalho, recém-nascidos e lactentes. Por fim, aprofundam-se os vários tipos de intervenções não farmacológicas de alívio de dor.

A dor é uma experiência universal que está presente desde o nascimento até ao fim da vida. De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a 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” (IASP, 2011, p.3). Esta definição conjuga dois conceitos de dor, a dor como experiência individual e subjetiva e a dor como dois componentes indissociáveis, o sensorial e o emocional. A componente sensorial da dor é determinada neurofisiologicamente e a componente emocional está relacionada com o estado afetivo, experiências anteriores, estágio de desenvolvimento e vários outros fatores de cariz pessoal, cultural e espiritual (Batalha, 2010).

A DGS define dor como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (DGS, 2003, p.3). No mesmo documento, a DGS (2003) acrescenta ainda que, a dor é um sintoma que acompanha transversalmente todas as situações que requerem cuidados de saúde e que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, constituindo, desta forma, uma prioridade na prestação de cuidados de saúde. O controlo da dor assume-se como um direito humano fundamental.

Ainda com intuito de explorar este conceito, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define dor como:

“perceção 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 perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (Internacional Council of Nurses (ICN), 2016, p. 54).

Nesta definição percebe-se o carácter subjetivo da dor e evidenciam-se diferentes formas de manifestação de dor.

O controlo da dor na criança assume especial relevo, é um direito que se encontra, entre outros, consignado na Carta da Criança Hospitalizada que data de 1988, “deve tentar-se reduzir-se ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor” (Levy, 1996, p.656).

A experiência de dor em pediatria é influenciada pela idade da criança, pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa da dor e pela capacidade da criança para exprimir, de forma significativa, a sua dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Todas estas particularidades, elevam a subjetividade da dor e dificultam a sua avaliação por parte dos profissionais de saúde.

O foco sobre a dor em pediatria surgiu apenas em 1977 com trabalhos que revelaram diferenças abismais no tratamento da dor entre crianças e adultos em circunstâncias semelhantes (Batalha, 2010).

Em Portugal a valorização e preocupação com o controlo da dor tornou-se evidente no início deste século, com a criação do Plano Nacional de Luta contra a Dor, no qual se refere que existe uma subvalorização da dor mais acentuada na 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 (...) as quais são ainda mais nítidas no caso de lactentes ou recém-nascidos” (DGS, 2001, p.27). Em 2003 a dor passa a ser integrada como o 5º sinal vital, surge a circular normativa para registo sistemático da intensidade da dor (DGS, 2003) na qual são sugeridas escalas de avaliação de dor aplicáveis apenas a doentes com mais de 3 anos de idade. Verificando-se, assim, dificuldades na avaliação da dor em recém-nascidos e crianças mais pequenas.

Atualmente, a gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada pelas entidades acreditadas, a nível internacional, como um padrão de qualidade (DGS, 2010). Neste sentido, a DGS emitiu nos últimos anos várias orientações que visam melhorar o controlo da dor na idade pediátrica. Em 2010 foram emitidas orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, entre os 0 e os 18 anos de idade. Estas orientações reconhecem a necessidade de o controlo da dor em crianças necessitar de uma abordagem específica, envolvendo aspetos particulares que diferem de outros grupos etários (DGS, 2010).

Mais tarde, em 2012, surgem orientações técnicas sobre o controlo da dor em recém-nascidos (DGS, 2012) e orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos em crianças (DGS, 2012b), que visam capacitar os profissionais e criar condições para prevenir e controlar a dor na idade pediátrica.

Assistiu-se nos últimos anos a uma grande evolução na aquisição de novos conhecimentos na área da dor em pediatria, nomeadamente sobre a fisiopatologia da dor e na melhoria de instrumentos de avaliação da dor em crianças. Sabe-se que

“os três principais eixos da dor estão presentes e funcionais à 24ª semana de gestão, contrariamente ao seu sistema inibidor, ainda indiferenciado aos três meses de vida. O recém-nascido apresenta à 20ª semana de gestação uma densidade de recetores cutâneos de dor maior que o adulto, ao nascimento possui uma maior atividade metabólica perante o estímulo doloroso, uma menor taxa de substâncias inibidoras da dor como a serotonina, noradrenalina e opióides endógenos” (Batalha, 2010b, p. 74).

O estímulo doloroso na criança condiciona uma resposta global de stress com uma libertação maciça de hormonas que levam à mobilização de substratos e ao catabolismo (Batalha, 2010).

O controlo da dor assenta numa das filosofias de cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica mais abrangente, os cuidados não traumáticos. Os cuidados não traumáticos pressupõem a prestação de cuidados de Enfermagem com o uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico vivido pela criança e família, em todas os contactos com 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). Trata-se, portanto, de um modelo que deve pautar toda a prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos quer a nível do conhecimento sobre a dor na criança quer a nível de opções terapêuticas, muitas crianças continuam a ter um tratamento inadequado de todos os tipos de dor, relacionado com as práticas inconsistentes na avaliação da dor, administração de analgésicos em níveis subterapêuticos e falta de acompanhamento e avaliação sistemáticos da dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Batalha (2010b) acrescenta, ainda, como obstáculos para o tratamento ineficaz da dor nas crianças: o insuficiente conhecimento sobre a dor por parte de alguns profissionais, uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza a dor na sua plenitude e a não valorização da qualidade de vida na doença colocando em segundo plano o tratamento da dor.

Parece-nos, com base no exposto, pertinente a abordagem e desenvolvimento da temática da dor na criança, a qual sustentou o tema desenvolvido ao longo deste Relatório de Estágio. Além disto, o papel do Enfermeiro no controlo da dor é de extrema importância no seio da equipa multidisciplinar de saúde. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor incide neste contributo referindo que, “o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto dos doentes e famílias, bem como

a relação terapêutica próxima (...) é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor” (DGS, 2001, p. 49).

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, 2010, p.4) tornando-se consistente a pertinência em abordar este tema.

1.1. Controlo da dor e a Teoria do Conforto

O termo conforto é muitas vezes aplicado nos diferentes contextos da prática de Enfermagem e constitui parte da linguagem usual dos Enfermeiros, surgindo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa. Confortar deriva do latim *confortare*, que significa “restituir forças físicas, o vigor e energia, tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009, p.62). O controlo e a ausência de dor são frequentemente relacionados como sinónimos de conforto, contrariamente, a presença e sensação de dor é relacionada com o termo desconforto (Apóstolo, 2009).

Dowd (2004) cita um estudo de Hamilton (1989) no qual foi pesquisado o significado de conforto pela perspectiva dos doentes, sendo que o resultado demonstrou que o tema que surgia com maior frequência associado à definição de conforto era o alívio da dor. De acordo com a mesma autora, o termo conforto pode ser definido como “a ação de enfermagem mais importante na prestação de cuidados de enfermagem aos utentes” (Dowd, 2004, p. 483).

Consideramos que o controlo da dor parece estar relacionado com o conceito de conforto, pelo que a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba constitui o pilar teórico da temática abordada neste Relatório.

A Teoria do Conforto trata-se de uma teoria de médio alcance, que contém menos conceitos e relacionamentos, é adaptável a uma ampla gama de práticas e experiências, pode ser constituída a partir de muitas fontes e é suficientemente concreta para ser aplicável. Esta teoria considera que em situações de saúde geradoras de stress, as necessidades de conforto comprometidas são detetáveis pelos Enfermeiros e as intervenções de Enfermagem são bem-

sucedidas se o cliente alcançar o nível de conforto maior, comparativamente ao que tinha antes da intervenção. O resultado imediato no cliente é o conforto aumentado e fortalecido (Kolcaba, 2001).

O conceito de conforto é amplamente abordado ao longo da história da disciplina de Enfermagem, sendo já utilizado por Florence Nightingale nas suas obras. Na Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto é definido como “a condição experimentada pelas pessoas que receberam as medidas de conforto (...) experiência imediata holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (física, psico-espiritual, social e ambiental)” (Dowd, 2004, p.484).

Esta teoria adequa-se na plenitude à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que as crianças/famílias necessitam de ser confortadas em situações de stress relacionadas com a saúde, o conforto é um importante *outcome* nos cuidados prestados em pediatria. É cada vez maior a preocupação com o conforto das crianças/família, especialmente quando estas são submetidas a procedimentos invasivos, havendo necessidade de recorrer a estratégias de conforto nestas situações (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Aplicando a Teoria do Conforto à prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Kolcaba & DiMarco (2005) definem o conforto como o estado obtido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. O estado de alívio é definido como ter um desconforto atenuado ou aliviado. A tranquilidade caracteriza-se pela ausência de desconfortos específicos, para experienciar este estado a criança ou família não precisa de ter um desconforto prévio. O estado de transcendência caracteriza-se pela capacidade de estar acima de desconfortos quando eles não podem ser evitados ou eliminados.

De acordo com esta teoria, existem três tipos de intervenções de conforto: intervenções *standard* para manter a homeostasia e controlar a dor; *coaching*, para diminuir a ansiedade, promover a segurança, a informação e a esperança e planear a recuperação e medidas extra de conforto que fazem as crianças e famílias sentir-se atendidos e fortalecidos, como a massagem ou imaginação guiada (Kolcaba & DiMarco, 2005). Verificamos, desta forma, que várias das intervenções não farmacológicas de alívio de dor encontradas na literatura se enquadram nas intervenções de conforto descritas nesta Teoria.

Especificamente no âmbito da promoção do conforto durante procedimentos invasivos, a Teoria de Kolcaba determina um modo de atuação articulado com os quatro contextos da experiência: preparação da criança e família evitando a expressão “dor” durante a explicação

(conforto social), promoção da presença dos pais/cuidadores (conforto social e psicoespiritual), utilização da sala de tratamento para realizar o procedimento em vez do quarto da criança (conforto ambiental), promoção de um posicionamento de conforto da criança (conforto físico) e manter um ambiente calmo e positivo (conforto ambiental) (Kolcaba & DiMarco, 2005).

1.2. A dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes

A dor pode ser classificada consoante a sua duração, em dor aguda ou crónica. 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”. Na criança a resposta comportamental à dor aguda é bifásica, ou seja, numa primeira fase surgem comportamentos associados ao stress (agitação, choro, gritos) e sinais fisiológicos. A segunda fase corresponde ao aparecimento progressivo de inércia psicomotora (Batalha, 2010).

As crianças 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 oxigénio e do fluxo sanguíneo cutâneo, diminuição do tónus vagal 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 (Hockenberry & Wilson, 2014; Batalha, 2010).

Corroborando com esta ideia, Harrison et al. (2014) afirmam que a dor não controlada assume especial relevo nas faixas etárias mais baixas, particularmente nos recém-nascidos pré-termo pois acredita-se que possa comprometer o desenvolvimento cerebral e em lactentes, pois pode levar a alterações na resposta à dor. Existe, também, evidência de efeitos a longo prazo de memórias traumáticas em algumas crianças que foram expostas a procedimentos dolorosos (Sparks, Setlik & Luhman, 2007).

Contrariamente ao que se pensava antigamente, o recém-nascido é hiperálgico, uma vez que o sistema nociceptivo se desenvolve até ao nascimento, mas o sistema inibidor permanece

indiferenciado até aos três meses de idade. Este desequilíbrio entre o sistema nociceptivo e antinociceptivo faz com que a percepção e transmissão da dor seja aumentada e potenciada (Batalha, 2010; DGS, 2010).

Os recém-nascidos possuem, então, uma maior sensibilidade e vulnerabilidade à dor devido ao rápido desenvolvimento do sistema nervoso central em que se encontram, a neuroplasticidade que os caracteriza desenvolve novas conexões neuronais em função dos estímulos externos que se manifestam em idades posteriores, o que pode conduzir a somatizações, alterações do esquema corporal, regressões, dificuldades de coordenação e alterações comportamentais (Batalha, 2010b; AAP, 2016).

A avaliação da dor na criança pré-verbal é particularmente difícil uma vez que o autorrelato é impossível. Assim, torna-se imperioso conhecer as mudanças fisiológicas e comportamentais que os estímulos dolorosos condicionam. Em recém-nascidos, as manifestações fisiológicas de presença de dor são, habitualmente, aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio, palidez e sudação palmar, tónus muscular aumentado, pupilas dilatadas, aumento da pressão intracraniana e prova laboratorial de alterações metabólicas e endócrinas. As respostas comportamentais incluem as vocalizações como choro, gemido e lamentos; a expressão facial, nomeadamente, sobrelhas franzidas, tremor do queixo, olhos fechados fortemente, compressão da fenda palpebral; 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; Batalha, 2010; AAP, 2006). De salientar que quando os episódios de dor são prolongados, as manifestações fisiológicas e comportamentais diferem, os recém-nascidos entram num estado de passividade com poucos ou nenhuns movimentos corporais e apresentam face inexpressiva (AAP, 2006). Sem a formação e sensibilização adequadas estes episódios podem ser confundidos com ausência de dor pelos profissionais de saúde.

O lactente apresenta capacidade de memorização da experiência dolorosa e nesta faixa etária, as respostas à dor mais evidentes são o choro, expressão facial (olhos fechados, sobrelhas elevadas e marcadas, abertura das fossas nasais), expressão de emoções (alegria, surpresa, medo e raiva) e expressão corporal (hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimento de retirada e flexão dos membros e proteção da zona dolorosa) (Batalha, 2010).

Sabemos que, atualmente, os procedimentos sejam diagnósticos ou terapêuticos, são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde. A dor associada aos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável e, quase sempre, acompanhada por medo e ansiedade (DGS, 2012).

Lima & Carmo (2010) acrescentam que a dor provocada por procedimentos é uma dor aguda, que é reconhecida pelo organismo como um sinal de alarme, contudo os procedimentos são um aspeto inevitável nos cuidados à criança internada e caracterizam-se por episódios repetidos, de curta duração e lesão tecidual mínima.

Iniciando agora a abordagem da dor em procedimentos, importa, em primeiro lugar, definir conceitos. Procedimento é definido pela CIPE como “evento ou episódio” (ICN, 2016, p.73). O termo procedimento doloroso é referido como descritor MeSH (Medical Subject Headings) como “dor associada a exame, tratamento ou procedimento” (US Nacional Library of Medicine, 2018). Foi esta a definição de procedimento doloroso adotada ao longo do trabalho.

O termo procedimento invasivo surge também muitas vezes na literatura sendo importante defini-lo. 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”.

Dos procedimentos invasivos mais comumente realizados às crianças no primeiro ano de vida, destacam-se os procedimentos que incluem o uso de agulhas, nomeadamente vacinação, punção venosa periférica ou punção do calcanhar, sobre os quais, por serem os mais frequentes, recaiu a nossa atenção.

Em contexto hospitalar e relativamente aos recém-nascidos, um estudo de Batalha (2010b) afirmou que em 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. Cordero et al. (2015) validam esta conclusão referindo que os procedimentos dolorosos mais frequentes em recém-nascidos são a punção de calcanhar, a administração de injetáveis intramusculares e a punção venosa.

Por outro lado, e ainda no âmbito dos cuidados hospitalares, grande parte das crianças que recorrem aos Serviços de Urgência Pediátrica são submetidas a procedimentos dolorosos (Wente, 2013). Sparks, Setlik & Luhman (2007) afirmam que o contacto com agulhas (através de

administração de medicação injetável ou colocação de cateter venoso periférico) é para as crianças um dos procedimentos que mais as assusta. Se a dor durante estes procedimentos não for minimizada pode conduzir a ansiedade relacionada com realização do mesmo procedimento no futuro, medo de agulhas e evitamento dos cuidados de saúde.

Batalha (2010), num estudo que realizou através da observação de crianças internadas num Hospital Universitário, concluiu que a cada oito horas um terço das crianças internadas é submetida a punções venosas, arteriais ou capilares e cateterização venosa periférica. Parece-nos, portanto, pertinente o foco sobre este tipo de procedimento dada a sua elevada frequência.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, destaca-se a administração de injetáveis intramusculares para vacinação como a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância, que é repetida várias vezes com maior incidência no primeiro ano de vida. Estima-se que 25% dos adultos tenha medo de agulhas e a maioria desse medo terá sido desenvolvido na infância. A dor associada à vacinação constitui uma fonte de stress para a criança, para os pais e até para os profissionais de saúde que administram a vacina (Taddio et al., 2010; Hashemic, Taheri, Ghodsbin, Pishva & Vossoughi, 2016).

De acordo com o atual Programa Nacional de Vacinação (PNV) é no primeiro ano de vida que a criança é sujeita ao maior número de imunizações, com nove administrações de vacinas injetáveis nos primeiros 12 meses de vida. O seu cumprimento é de extrema importância pois promove a equidade, proporciona igualdade de oportunidades, protege a saúde e previne as doenças (DGS, 2016). A administração de vacinas injetáveis é um procedimento em regra agendado, não emergente, pelo que é possível e fundamental planear e executar intervenções de alívio de dor durante a sua administração.

Batalha (2010, p. 18) acrescenta que “nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor não seja adequado, posteriormente, apresentam mais dor, mesmo quando empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”.

Em suma, verificamos que o controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida é fundamental e está assente em dois pressupostos, por um lado a elevada frequência com que estes procedimentos são realizados e, por outro lado, a vulnerabilidade dos recém-nascidos e lactentes quando expostos a estímulos dolorosos. É imperativo o controlo da dor

durante a realização destes procedimentos de forma a evitar as suas consequências nefastas, a curto e a longo prazo.

1.3. Intervenções não Farmacológicas no Controlo da Dor.

A DGS (2012b, p.3) afirma que dada “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”.

Existem fatores que influenciam bastante a experiência de dor e que não podem ser modificados tais como, a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto sociocultural a familiar. A idade está intimamente relacionada com a percepção, modulação e manifestação da dor. Tendo em conta as características anátomo-fisiológicas da criança associadas à dor percebe-se que as mais pequenas são hiperálgicas em comparação com o adulto. Relativamente ao género, até aos oito anos de idade parece não haver diferenças significativas quanto à intensidade da dor, após esta idade as raparigas atribuem maior significado à dor do que os rapazes, o que se atribui a uma maior percepção para os aspetos emocionais da dor enquanto que os rapazes revelam maior dificuldade em exprimir as suas emoções. O desenvolvimento cognitivo determina a compreensão do evento doloroso e a capacidade para o descrever. As crianças mais pequenas demonstram maiores níveis de dor durante procedimentos dolorosos devido, provavelmente, à sua imaturidade que não lhe permite compreender conceitos abstratos de causalidade ou significado da dor (Batalha, 2010).

As experiências prévias de dor condicionam alterações reversíveis ou permanentes na forma como a criança vivencia a dor (Batalha, 2010). Em lactentes e recém-nascidos existe evidência de memorização de estímulos auditivos e visuais, o que permite antever a capacidade de memorização da dor. Aos seis meses de idade parece ser evidente a existência de memória da dor através do medo que o lactente manifesta perante locais, pessoas ou objetos relacionados com experiências anteriores de dor. Em crianças mais velhas, a reação da criança parece variar não apenas em função do número de vezes a que foi submetida a situação de dor, mas também em função da forma como vivenciou a experiência (Fernandes, 2000).

O contexto sociocultural influencia bastante a percepção de dor. Os valores culturais transmitem comportamentos habituais, nomeadamente a reação e a comunicação da dor (Batalha, 2010). Associado a isto surge a importância do contexto familiar. É amplamente conhecida a grande influência que a família exerce na forma como a criança aprende a exprimir e a lidar com a dor (Fernandes, 2000). Batalha (2010, p.21) acrescenta que “pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma mais eficaz para uma menor percepção. Por outro lado, a presença dos pais pode aumentar as expressões de dor da criança, por se sentirem mais apoiadas”.

Apesar de todos os fatores descritos que influenciam diretamente a dor e não são passíveis de alteração, existe, atualmente, uma panóplia de intervenções não farmacológicas e farmacológicas que têm eficácia comprovada e podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor e a ansiedade causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes (DGS, 2012).

As medidas farmacológicas serão sempre mais eficazes no alívio da dor, contudo nem sempre o seu uso é possível ou adequado tornando-se, por isso, imperativo o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor, quer isoladamente quer em associação com as primeiras o que será sempre mais vantajoso. Qualquer que seja a dor é sempre de considerar o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, centrando os cuidados nas necessidades individuais de cada criança e família. 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 (Batalha, 2010).

Os fatores ambientais e psicológicos podem exercer uma poderosa influência na percepção de dor da criança e esta pode ser modificada através de estratégias psicossociais, de educação, de apoio parental e de intervenções cognitivo-comportamentais. Nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos repetidos as intervenções cognitivo-comportamentais, que usam estratégias cujo foco é o comportamento e a cognição como a distração e a imagem guiada, revelam-se eficazes na redução da ansiedade e angústia (Hockenberry & Wilson, 2014).

As intervenções não farmacológicas são, portanto, uma abordagem complementar para reduzir a dor. Supõem-se que o seu mecanismo de ação passa pela dispersão endógena de endorfina que contribui para a modulação da condução do estímulo doloroso através da medula espinal, o que conduz à diminuição da dor. Estas intervenções podem também ativar a atenção do recém-nascido, distraíndo-o da dor e, desta forma, modificando a percepção da dor, antecipando a

sua hipersensibilidade. Algumas destas intervenções podem provocar a ativação de sistemas de neuro peptídicos que promovem a libertação de substâncias que ativam a libertação de opioides endógenos (Cignacco et al., 2007).

As intervenções de alívio da dor têm maior benefício se forem usadas de forma combinada e os pais também devem ser envolvidos nesta tarefa, possibilitando assim a combinação e coordenação destas estratégias (Taddio et al. 2010).

Corroboramos com Fernandes (2000) que reconhece que a dor induzida por procedimentos necessita de uma intervenção alargada que não se cinge apenas ao controlo da dor, engloba o reconhecimento da dor, a necessidade de a controlar e lidar com as emoções demonstradas pelas crianças e pelos pais. A experiência de dor do recém-nascido e lactente, provocada pelos procedimentos, traduz uma situação geradora de stress para a família sobre a qual importa refletir, de forma a planear e executar intervenções que facilitem a adaptação da família à situação dolorosa vivenciada.

As reações dos pais à situação de doença dos filhos são influenciadas por diversos fatores nomeadamente, a gravidade da doença, a experiência prévia, os procedimentos dolorosos envolvidos no diagnóstico e tratamento, os sistemas de apoio disponíveis e fatores intrínsecos da família como as crenças culturais, religiosas e padrões de comunicação entre os membros da família. O medo, a ansiedade e a frustração são os sentimentos mais frequentemente manifestados pela família, estão em regra ligados à falta de informação relacionada com os procedimentos e tratamento realizados à criança e ao desconhecimento de normas e rotinas hospitalares (Hockenberry & Wilson, 2014).

A presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança é sem dúvida um dos aspetos fundamentais na promoção do conforto, podendo até ser englobada como parte da abordagem não farmacológica de controlo da dor. A presença dos pais junto da criança internada encontra-se consignada desde 1988 na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (Levy, 1996). A presença dos pais durante os procedimentos dolorosos à criança é benéfica não por ter um efeito direto na gestão da dor, mas sim por diminuir o stress e ansiedade das crianças (Batalha, 2010). Collet & Rocha (2003) reafirmam que a presença dos pais permite afastar ou suprimir os estímulos dolorosos através da satisfação de necessidades físicas e emocionais. Por outro lado, a presença dos pais permite-lhes sentir que estão a contribuir para a recuperação da sensação dolorosa do filho, através da atenção e carinho que lhe proporcionam. Durante procedimentos como a punção venosa, a presença dos pais garante compreensão e amor à criança, proporcionando-lhe sensação de

segurança e contribuindo para superação da angústia gerada pelo procedimento (Pinto & Barbosa, 2007).

Cabe aos profissionais de saúde capacitar os pais para terem uma presença de qualidade, pois com apoio e orientação a maioria dos pais constitui uma força estabilizadora para a criança durante os momentos mais ameaçadores (Batalha, 2010). Contudo, vários estudos apontam para uma relação direta entre a elevada ansiedade dos pais e o stress experienciado pela criança durante procedimentos dolorosos (Batalha, 2010; Salmon & Pereira, 2002)

Tendo por base a filosofia dos cuidados centrados na família, que reconhece a família como constante na vida da criança, acreditamos que a presença dos pais é determinante no controlo da dor dos recém-nascidos e lactentes. A 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 os mesmos autores, esta filosofia assenta nos conceitos de capacitação e *empowerment*. A família deve ser ajudada a criar e desenvolver competências capazes de responder às necessidades da criança. Devem também os profissionais incentivar o *empowerment* das famílias, de forma a que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas, desenvolvendo as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Partindo destes pressupostos e remetendo para as intervenções não farmacológicas de alívio de dor, os pais devem ser incluídos na escolha das intervenções a aplicar, explicitadas as técnicas e fomentados a colaborar na sua aplicação, possibilitando, assim, uma posição ativa geradora de segurança e controlo para os pais e para a criança.

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 (Wente, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Batalha, 2010).

A importância da utilização de intervenções não farmacológicas deve-se ao facto de estas modificarem o significado da dor, através da sua utilização possibilita-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a

experiencia de dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, depressão e ansiedade (OE, 2013).

Existe um conjunto de intervenções não farmacológicas estudadas, contudo a evidência relata que estas medidas, por vezes, não são devidamente conhecidas pelos Enfermeiros nem adotadas na sua prestação de cuidados diariamente (Wente, 2013; Harrison et al., 2014; Batalha, 2010).

As intervenções não farmacológicas devem fazer parte integrante dos cuidados prestados a crianças com dor aguda e incluem abordagens cognitivo-comportamentais e físicas. A escolha das medidas a adotar deve considerar sempre a faixa etária da criança e a ambição de uma prática de cuidados centrada na família (Wente, 2013). Pretende-se com o uso destas intervenções reduzir a perceção de dor, tornar a dor mais tolerável, diminuir a ansiedade e proporcionar à criança uma sensação de controlo e aumento do conforto (Hockenberry & Wilson, 2014).

Existem várias intervenções não farmacológicas de alívio de dor na criança, sendo que a escolha pela intervenção mais adequada a cada caso é determinante na sua eficácia. A decisão acerca da intervenção não farmacológica aplicada deve estar relacionada com os recursos existentes, a sensibilidade à dor da criança, as suas preferências e habilidades, o desenvolvimento cognitivo, as estratégias de *coping*, o tipo de dor, o contexto (procedimentos invasivos, cirurgia, condição clínica) e as características da dor (OE, 2013, Batalha, 2010).

A categorização das intervenções não farmacológicas para alívio da dor varia entre os autores, contudo Batalha (2010, p.64) agrupa-as em “comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais”

Tendo em conta que o foco deste estudo se dirige os recém-nascidos e lactentes, serão apenas abordadas as intervenções não farmacológicas indicadas para esta faixa etária e aplicáveis durante a realização de procedimentos com agulha.

A *Distração* é uma intervenção cognitivo-comportamental que tem como objetivo desviar a atenção da dor, pelo que deve ser utilizada para situações de dor breve (Batalha, 2010). A distração pode ser feita pelos pais, tentando captar a atenção do bebé ou pelos profissionais e

deverá ser começada antes e continuada durante o procedimento (Taddio et al., 2010; DGS, 2012; OMS, 2015). Os lactentes distraem-se facilmente com linguagem teatral ou mostrando algum objeto que desperte o seu interesse como um brinquedo com som ou luz, bolas de sabão ou músicas. Os recém-nascidos podem beneficiar com a escuta de música ou canção, captando assim a sua atenção e promovendo a distração durante os procedimentos (OE, 2013; Batalha, 2010).

O *Aleitamento Materno* além de ser o alimento preferencial durante os primeiros meses de vida, tem 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. As boas práticas recomendam que se coloque o lactente à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o alguns minutos após terminar o procedimento (Taddio et al., 2010; DGS, 2012; OMS, 2015). Estudos recentes comprovam a eficácia do aleitamento materno na redução das respostas fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos à dor durante procedimentos dolorosos como a punção venosa periférica, a punção do calcanhar e a administração de vacinas injetáveis (Harrison, Yamada & Stevens, 2010; AAP, 2016).

A administração oral de *Soluções Açucaradas* está também comprovada no alívio da dor pois envolve a libertação de opióides endógenos e a distração. Todas as substâncias açucaradas têm um efeito semelhante, existem vários estudos em que concentrações diferentes obtêm benefícios pelo que se considera que não existem dados conclusivos acerca do tipo de concentração de solução açucarada mais eficaz (Kassab, Foster, Foureur & Fowler, 2012). Contudo, 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 (AAP, 2016; DGS, 2012; DGS 2012b; Harrison, Yamada & Stevens, 2010; Taddio et al., 2010). As soluções de sacarose e glicose não são dispendiosas e são fáceis de preparar. 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. O uso desta medida encontra-se comprovado até aos 12 meses de idade (Taddio et al. 2010; DGS, 2012b; Harrison, Yamada & Stevens, 2010). 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). O efeito das soluções açucaradas pode ser potenciado através da combinação com outras intervenções não farmacológicas. Vários estudos documentam que a sua aplicação em simultâneo com a sucção não nutritiva potencia o seu efeito analgésico e sinérgico (Batalha, 2010; Thakkar et al., 2015; Leng et al, 2016).

A *Sucção Não Nutritiva* é a intervenção que consiste em oferecer ao lactente a chupeta como medida terapêutica. Deve ser utilizada apenas em lactentes que já utilizem chupeta (DGS, 2012b; AAP, 2016). A estimulação orotátil é bastante desenvolvida 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, 2012).

Utilizando a sucção não nutritiva os recém-nascidos ficam mais calmos, mais atentos, existe redução no tempo de choro e diminuição da frequência cardíaca. Os benefícios desta intervenção são mais evidentes quando utilizada em conjunto com uma solução açucarada (Cignacco et al, 2007; Cordero et al, 2015).

A estratégia de *Contenção* visa 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 benéfica até ao desaparecimento do reflexo de Moro, que se verifica por volta dos 3 meses de idade (DGS, 2012b).

A contenção pode ser manual ou com lençol. A contenção com lençol consiste em envolver o recém-nascido ou lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres, é também conhecida como *swaddling*. Cignacco et al. (2007) descrevem como resultados, apontados em vários estudos que analisaram o efeito desta intervenção durante procedimentos dolorosos, benefícios na diminuição do grau de dor, na estabilidade da frequência cardíaca e na saturação de oxigénio e melhorias comportamentais na diminuição do tempo de choro e na expressão facial.

A contenção manual consiste em segurar a cabeça, braços e pernas do bebé mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão, também designada por *facilitated tucking*. Ambos os procedimentos podem ser feitos pelos pais ou pelos profissionais (DGS, 2012b; AAP, 2016; Cordero et al., 2015). A maior parte das investigações que estudam esta intervenção não farmacológica incluem-na com outras nomeadamente, com a sucção não nutritiva e a sacarose, verificando-se que os seus benefícios são potenciados quando utilizada em simultâneo com outras intervenções (Cordero et al., 2015). Corroborando com esta conclusão, outros estudos verificaram benefícios na utilização da contenção manual em conjunto com a sacarose e a sucção não nutritiva nomeadamente na redução da irritabilidade, sinais de stress e choro do recém-nascido (Yin, Yang, Lee, Li, Hua & Liaw, 2015; Liaw, Yang, Lee, Fan, Chang & Cheng, 2013).

O *Posicionamento* da criança parece também influenciar a dor. Vários estudos indicam que os procedimentos dolorosos realizados em decúbito dorsal demonstram maior nível de dor na criança, do que se esta estiver posicionada no colo dos pais. A OMS (2015) recomenda que a vacinação das crianças seja feita ao colo dos pais. Além disto, inclusivamente em procedimentos como punção venosa, o posicionamento da criança ao colo dos pais parece causar menos stress e angústia, o que reduz a percepção de dor (Taddio et al., 2010; Sparks, Setlik & Luhman, 2007).

Outra das intervenções não farmacológicas eficazes em recém-nascidos é o *contacto pele a pele*, também designado na literatura por método canguru. Nesta intervenção o recém-nascido deve ser colocado no mínimo 15 minutos antes do procedimento doloroso, em contacto ventral com o peito da mãe, usando apenas fralda e ficando coberto com a roupa da progenitora ou com cobertor, de forma a manter a regulação térmica. Esta intervenção é multissensorial pois inclui o tato, o olfato, a estimulação vestibular e a audição (DGS, 2012). Vários estudos têm demonstrado 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).

Como recomenda a OE (2013), o domínio das intervenções não farmacológicas de alívio de dor requer formação e treino por parte dos enfermeiros, daí a importância de aprofundar esta temática, de forma a sustentar todo o trabalho desenvolvido e promover a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, especificamente na aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS COM AGULHA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO 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 ambicionando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e a aquisição de competências de Mestre, desenvolvemos um projeto de intervenção direcionado para o controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, com enfoque nas intervenções não farmacológicas.

Tendo presentes os objetivos gerais definidos para este Curso de Mestrado desenhamos este projeto com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da área de especialização.

Mediante o referido, este projeto pretendeu acompanhar o percurso formativo ao longo dos dois Estágios realizados que se desenvolveram em três diferentes contextos. A temática do projeto inscreve-se na linha de investigação definida para este curso de mestrado “Necessidades de cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” e tem subjacente a metodologia de trabalho de projeto.

A metodologia de projeto baseia-se na investigação sustentada de um problema identificado e concretiza-se pela tentativa de intervenção. Esta metodologia permite estabelecer uma relação entre a teoria e a prática, em que há uma intervenção do investigador, que confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento. Neste contexto, o projeto é definido como um plano de trabalho que se desenvolve essencialmente para resolver ou estudar um problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Corroborando com esta ideia, Fortin (2009) acrescenta que a investigação numa determinada disciplina, traduz-se na utilização do processo científico, no estudo de problemas específicos com o intuito de produzir mudanças nas situações onde foram encontrados os problemas.

De acordo com a metodologia de trabalho de projeto, o desenvolvimento de um projeto deve iniciar-se pelo diagnóstico de situação. Nesta primeira etapa relacionam-se os conceitos de necessidade e de problema, sendo que, o problema de saúde é considerado um estado de saúde avaliado como deficiente e a necessidade é definida como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. “A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.12). Assim, é premente identificar os problemas e de seguida determinar as necessidades. Consideram-se como principais fontes de identificação ou definição de problemas especialistas na área, bases de dados ou questões deixadas em aberto por outros investigadores (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Partindo destas premissas e com base no enquadramento concetual realizado no capítulo anterior, verifica-se que as intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida encontram-se, atualmente, estudadas e comprovadas como eficazes. Existe um conjunto de normas e recomendações que suportam o uso destas medidas, quer a nível nacional (DGS, 2012; DGS, 2012b; OE, 2013) quer a nível internacional (AAP, 2016; OMS, 2015; Taddio et al., 2010).

Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde e fraca adesão à implementação destas estratégias (Batalha, 2010; AAP, 2016; Harrison et al., 2014; Wente, 2013). Assim, as evidências apontam para que apesar das recomendações existentes exista uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática, sendo esta a situação-problema alvo de intervenção ao longo deste projeto.

O domínio da nossa experiência profissional é coincidente com o que foi encontrado pela literatura, ou seja, verificamos no nosso contexto de prestação de cuidados, que existe pouca sensibilização e formação dos enfermeiros nesta área. Parece-nos haver uma certa resignação face à dor provocada pelos procedimentos com agulha, gerada talvez pela elevada frequência com que os mesmos são realizados atualmente nas unidades de saúde, pelo que encarámos a realização deste projeto como uma oportunidade de dar resposta a uma inquietação pessoal, que se traduzisse na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a metodologia de projeto é composta por cinco fases, entre elas, diagnóstico da situação, planificação, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados. Foi esta a sequência que adotamos na elaboração deste projeto pelo que o presente capítulo se encontra estruturado de forma a descrever e analisar as fases enumeradas. Em primeiro lugar, é feita a análise do contexto onde foi desenvolvido o projeto, caracterizando os serviços e a população alvo de forma a estabelecer o diagnóstico de situação. De seguida desenha-se o planeamento onde são definidos os objetivos gerais e específicos do projeto. Em terceiro lugar, é relatado o processo de execução com a descrição das atividades e estratégias realizadas e, por fim, são apresentados e discutidos os resultados obtidos e feita a avaliação do projeto.

2.1. Enquadramento do Projeto: dos Cuidados de Saúde Primários aos Cuidados Hospitalares

A análise do contexto pretende caracterizar o ambiente em que decorreram as atividades ou ações planeadas no projeto de intervenção e descrever, de forma criteriosa, a realidade das instituições onde se realiza este projeto, nomeadamente, conhecer as características e necessidades relevantes para a temática do mesmo, com vista a adotar estratégias realistas e adequadas às particularidades de cada serviço que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na área em estudo.

Tendo em conta que este projeto foi desenvolvido ao longo dos Estágio I e Estágio Final, tendo este último se subdividido em duas fases, importa, portanto, contextualizar e descrever cada um dos diferentes serviços onde o projeto foi desenvolvido. O desenvolvimento transversal deste tema ao longo dos três contextos, permitiu descrever e analisar a forma como é abordada a problemática em estudo nos diferentes níveis de cuidados nomeadamente, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde diferenciados a nível hospitalar.

A análise do contexto é apresentada de acordo com a ordem cronológica em que os Estágios ocorreram. Entre 2 de maio e 16 de junho de 2017 decorreu o Estágio I que teve lugar numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Entre 18 de Setembro de 2017 e 26 de janeiro de 2018 decorreu o Estágio Final que se subdividiu em dois Módulos. O Módulo A

realizou-se numa Unidade de Urgência Pediátrica (UUP), nas primeiras seis semanas, e o Módulo B ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), nas 10 semanas seguintes. Em média, o tempo de contacto no contexto de Estágio foi de 21 horas semanais.

2.1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Tendo como referência a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e a prevenção da doença são a prioridade do Serviço Nacional de Saúde e os cuidados de saúde primários assumem-se a base deste sistema.

Neste sentido, o Estágio I deste curso de Mestrado decorreu numa UCSP pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central. Os ACES criados em 2008 pelo Decreto-Lei nº 28/2008, segundo o qual são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos 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. As UCSP são uma das unidades funcionais que constituem os ACES, são constituídas por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, que opera em cooperação com as restantes unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. As UCSP prestam cuidados personalizados garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

A UCSP onde este projeto foi desenvolvido abrange a área geográfica de um dos Concelhos do Distrito de Évora. Trata-se de um dos Concelhos com maior densidade populacional do Distrito, tendo 11602 habitantes, em 2015. Dados relativos ao mesmo ano apontam para 13% da população com idade inferior a 15 anos, o que corresponde a 1508 crianças/adolescentes (Base de dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), 2018). A taxa de natalidade tem seguido a tendência descente nacional, em 2016 nasceram 82 crianças neste Concelho, sendo a taxa de natalidade nesse ano de 7,1%, encontrando-se abaixo da media do distrito que é de 7,8% e da média nacional que no mesmo ano se situou em 8.4% (Instituto Nacional de estatística (INE), 2017).

Relativamente ao espaço físico a UCSP partilha o mesmo edifício que outras unidades funcionais deste centro de saúde, nomeadamente, a Unidade de Cuidados na Comunidade, o Serviço de Apoio Permanente e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. A zona

destinada ao funcionamento da UCSP possui vários gabinetes médicos, uma sala de vacinação, sala de saúde infantil, sala de tratamentos, gabinete de consulta de saúde materna e planeamento familiar, gabinete de consulta da diabetes e vários gabinetes administrativos.

Verifica-se através do Sistema de Informação para Unidades de Saúde que, no início do corrente ano, estavam inscritos nesta UCSP 12038 utentes. A equipa multidisciplinar desta Unidade é constituída por 6 médicos, 6 Enfermeiros dos quais 3 são Enfermeiros Especialistas (nas áreas de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermagem Médico-Cirúrgica), um dos quais desempenha funções de coordenação e chefia, e 6 assistentes técnicos.

O método de trabalho utilizado na UCSP é o método de trabalho por equipas multiprofissionais entre médico, Enfermeiro e assistente técnico. O Enfermeiro desempenha nesta UCSP o papel de Enfermeiro de família, de acordo com Decreto-Lei nº 118/2014, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida 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 complementaridade com os restantes membros da equipa de saúde.

Os registos são feitos informaticamente no programa de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem que usa como referencial a CIPE, existindo assim condições favoráveis para a produção dos cuidados pela metodologia científica com linguagem comum.

Direcionando o foco para a área de Especialização, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, importa contextualizar o funcionamento da UCSP 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. De salientar que nesta UCSP existe uma sala de espera para a saúde infantil e vacinação, onde as crianças possuem um espaço lúdico e adaptado às suas necessidades, possibilitando um circuito de atendimento individualizado dos adultos.

As consultas de saúde infantil são realizadas seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). De acordo com os dados de 2012, foram realizadas nesta UCSP nesse ano 1165 consultas de saúde infantil, sendo de todos os concelhos pertencentes a este ACES, a segunda unidade com menos consultas de saúde infantil nesse ano (PORDATA, 2018).

No que diz respeito à vacinação, é realizada diariamente no período da tarde ou durante a consulta de Enfermagem de saúde infantil, caso se justifique. Os elementos da equipa da UCSP promovem o cumprimento do PNV, convocando todas as crianças com esquema vacinal em atraso.

As metas definidas pela DGS (2017) para cumprimento do PNV estipulam uma cobertura vacinal de 95% para a generalidade das vacinas e de 85% para a vacina contra o Papiloma Vírus Humano. De acordo com os dados obtidos através dos indicadores de avaliação de desempenho da Unidade Funcional, a cobertura vacinal desta UCSP em 2017 foi de 94% aos 2 anos de idade, 93,4% aos 7 anos de idade e 92% aos 14 anos de idade, o que revela que a taxa de cobertura vacinal neste concelho está abaixo da meta estipulada a nível nacional.

2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica

A UUP onde decorreu o Estágio insere-se num Centro Hospitalar criado através do Decreto-Lei nº 233/2005, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial composto pela fusão de dois Hospitais, integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

De acordo com o Regulamento Interno deste Centro Hospitalar a sua missão visa a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (Centro Hospitalar de Setúbal, 2015).

Este Centro Hospitalar opera de acordo com as áreas de influências e redes de referenciação, sendo a área de influência direta composta por 232706 habitantes, dados relativos ao ano de 2015 (PORDATA, 2018). Esta instituição encontra-se acreditada pelo CHKS – *Healthcare Accreditation and Quality Unit* desde 2010, sendo o primeiro centro hospitalar a conseguir obter a acreditação de qualidade total.

O Serviço de Pediatria deste Centro Hospitalar é composto pelo Internamento de Pediatria e pela UUP. A UUP atende crianças e adolescentes entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de idade, de acordo com o estipulado pelo Despacho nº 9871/2010, onde a idade pediátrica é assim

regulamentada De acordo com os dados do Relatório de Atividades e Contas deste Centro Hospitalar, em 2013 o número de atendimentos na UUP foi de 40914, ocorrendo em média 112 atendimentos por dia (Centro Hospitalar de Setúbal, 2013).

A UUP é constituída por uma sala de reanimação, sala de triagem, sala de aerossóis, três gabinetes médicos para observação, sala de tratamento, uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), sala de pequena cirurgia e todas as restantes áreas de apoio logístico e funcional comuns a todos os serviços de saúde. Em relação à capacidade de atendimento, a UUP possui capacidade para oito crianças, em macas em balcão e 5 crianças em camas/berços na UICD, sendo que uma das camas se encontra numa zona de isolamento.

O sistema de triagem adotado é um sistema próprio e único desta unidade, que está definido num procedimento interno para avaliação da prioridade no atendimento, no qual são descritos três tipos de prioridade (emergente, urgente ou pouco urgente) e as situações específicas que se enquadram em cada uma destas prioridades, bem como a atuação do Enfermeiro durante a triagem perante cada uma delas. Os Enfermeiros que realizam a triagem da criança/adolescente são preferencialmente os Enfermeiros Especialistas, atribuem a prioridade de acordo a gravidade da situação e fazem também, nesse momento, o encaminhamento para outras áreas de especialidade, caso assim se justifique, nomeadamente, Ortopedia, Cirurgia e Oftalmologia. De salientar que apenas a especialidade de Cirurgia observa as crianças na UUP, sendo que para a observação pelas outras especialidades as crianças têm que se deslocar ao Serviço de Urgência Geral.

Esta unidade compreende como tantos outros serviços de saúde, uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social e funcionários administrativos. A equipa de Enfermagem é constituída por 24 Enfermeiros, entre os quais um Enfermeiro Chefe e uma Enfermeira Responsável que se encontra também ligada a funções de gestão, os restantes elementos encontram-se na prestação direta de cuidados seguindo o método de trabalho em equipa. Dos elementos que compõe esta equipa de Enfermagem, 6 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, um elemento é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outro elemento é especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Cada equipa é constituída por quatro elementos, cada elemento é distribuído por um posto de trabalho, 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. Todos os

Enfermeiros chefes de equipa são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O método de trabalho em equipa pressupõe que o utente tem direito a receber o melhor atendimento possível com a equipa, todos os enfermeiros têm direito a receber ajuda para fazer o seu trabalho e sob a liderança de um elemento, os cuidados prestados em equipa podem proporcionar melhor atendimento do que os prestados individualmente. O líder da equipa assume a responsabilidade dos cuidados prestados, privilegia o controlo e supervisão e ajuda a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade (Costa, 2004).

No que concerte aos registos de enfermagem, são feitos informaticamente no programa *Alert*. É também neste programa informático que são feitos os registos por parte dos outros profissionais de saúde e onde é feita a requisição e apresentados os resultados de todos os meios complementares de diagnóstico disponíveis.

2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN onde decorreu o segundo Módulo do Estágio Final localiza-se num Hospital de referência inserido na Administração Regional de Saúde do Alentejo, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus funcionários (Hospital do Espírito Santo de Évora, 2015).

Com o Decreto-Lei n.º 219/2007, este hospital viu a sua área de influência aumentar, apresentando de acordo com o Relatório de Gestão de 2014 desta instituição, uma área de influência direta de 162.512 habitantes e uma área de influência indireta de 334.575 habitantes.

Importa contextualizar o número de nascimentos ocorridos nesta zona, assim, em 2016 nasceram em toda a área de influência desta Hospital 5.466 crianças, sendo a taxa de Natalidade desta região de 7,6%, situando-se, portanto, abaixo da média nacional que no referido ano foi de 8,4%. Em 2016, a percentagem de nascimentos prematuros foi de 7,8%, mantendo-se semelhante aos anos anteriores (INE, 2017). Assim podemos inferir que na região Alentejo à qual esta UCIN dá

suporte, ocorreram no ano de 2016 em média 426 nascimentos pré-termo, ou seja, antes de completar as 37 semanas de idade gestacional.

A área materno-infantil deste Hospital possui todas as condições definidas pela DGS (2001b), para garantir um apoio perinatal diferenciado à Região do Alentejo, nomeadamente, autonomia assistencial a todos os recém-nascidos de risco, capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez e dispõe de unidade de cuidados intensivos para recém-nascidos de alto risco. Perante isto, justifica-se a pertinência da escolha desta UCIN para o desenvolvimento deste projeto de Estágio e concomitantemente, para o desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Esta UCIN recebe recém-nascidos pré-termo e de termo nascidos no próprio hospital ou transferidos de Hospitais de Apoio Perinatal, conforme determinado pela área de influência. Recebe ainda recém-nascidos até aos 28 de dias de vida, provenientes de outros hospitais ou do domicílio, que necessitem de cuidados de internamento.

Em relação ao espaço físico, a UCIN é composta por três salas, sala de cuidados intensivos com capacidade para três recém-nascidos, sala de cuidados intermédios composta por cinco incubadoras e sala de pré-alta constituída por 5 berços. Compõe ainda esta unidade todos os outros espaços comuns e de apoio logístico e funcional a todos os serviços de saúde, apenas com a particularidade de neste serviço existirem quartos para os pais que vivam a uma distância superior a 30 quilómetros do hospital poderem pernoitar, durante o internamento dos seus filhos. O acompanhamento permanente dos pais na unidade é permitido, à exceção do período noturno, entre as 00 horas e as 8 horas.

A equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais, fisioterapeutas e uma funcionária administrativa. Especificando a equipa de Enfermagem, esta é composta por 22 elementos, dos quais um é a Enfermeira Chefe, os restantes são todos especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica à exceção de apenas um elemento. A equipa de Enfermagem segue o método de trabalho individual. Os registos são feitos em suporte de papel no processo clínico do recém-nascido.

Verifica-se com este método de trabalho que cada Enfermeiro está responsável por um ou mais utentes, baseando-se no conceito de cuidado global. A prestação de cuidados não é

fragmentada, sendo a totalidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro que está afeto ao respetivo utente durante a duração de todo o turno de trabalho (Costa, 2004).

2.2. Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação enquadra-se na primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto e pretende elaborar um mapa cognitivo que incida na situação-problema identificada, isto é, o diagnóstico da situação pretende elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e intervir. Esta primeira etapa do projeto deve assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para tal, importa conhecer a população alvo deste projeto. Entende-se por população o conjunto de elementos com determinadas características comuns e sobre a qual recai a investigação. Dentro desta, a população-alvo é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311). O estudo efetuado incorporou como população alvo as equipas de Enfermagem dos três contextos de Estágio. A população alvo definida foi abordada em duas vertentes distintas, em primeiro lugar pretendeu-se aferir a perceção dos Enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas e, de seguida, foram observadas as intervenções não farmacológicas realizadas por estes a recém-nascidos e lactentes, durante procedimentos com agulha.

Seguindo o pensamento de Fortin (2009), a amostragem é definida como um processo no qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com o intuito de retirar informações sobre um fenómeno. O tipo de amostra utilizada neste estudo foi uma amostra acidental ou de conveniência, uma vez que os participantes foram os Enfermeiros que se encontravam nos serviços durante o período em que decorreu a colheita de dados, ou seja, durante o tempo de duração dos Estágios, e os procedimentos com agulha realizados pelos Enfermeiros a recém-nascidos e lactentes, durante o mesmo período.

A amostra acidental ou de conveniência é um método de amostragem não probabilística e caracteriza-se por ser formada por sujeitos que estão facilmente acessíveis e presentes num

determinado local (Fortin, 2009). Este tipo de amostra limita a generalização dos resultados, pelo que os dados obtidos devem ser interpretados apenas no contexto em que foram recolhidos.

Os instrumentos de diagnóstico de situação permitem a identificação e validação do problema, através de instrumentos de colheita e análise da informação, sendo que a escolha do instrumento de avaliação a utilizar depende do contexto, da população entre outros fatores (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Assim, optamos por utilizar dois instrumentos de colheita de dado aplicados à população alvo definida, um questionário (Apêndice A) e uma grelha de observação (Apêndice B) das intervenções realizados pelos enfermeiros em procedimentos com agulha a recém-nascidos e lactentes.

Tendo em conta os aspetos éticos e legais que rodeiam os procedimentos de colheita de dados, os questionários dirigidos aos enfermeiros e a grelha de observação das intervenções por estes realizadas aos recém-nascidos e lactentes foram aplicados após ter sido elaborado o pedido de autorização formal às três instituições onde a colheita de dados ocorreu (Apêndice C). A realização deste projeto necessitou também de aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo A).

2.2.1. Caracterização e análise da população alvo – equipas de Enfermagem

Atendendo a que o problema identificado, ou seja, o uso reduzido das intervenções não farmacológicas de alívio de dor, teve por base a revisão da literatura e os fundamentos encontrados sobre a temática, tornou-se pertinente para o validar realizar um questionário aos Enfermeiros dos três serviços onde se desenvolveu este projeto. Contudo, previamente à aplicação dos questionários foi apresentada a temática do Projeto aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores dos três serviços, que corroboraram com a pertinência e necessidade de trabalhar esta problemática nos respetivos serviços.

O questionário trata-se de um instrumento de medida que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis, permite organizar e controlar os dados de forma a que as informações procuradas possam ser obtidas com rigor (Fortin, 2009). Foi utilizado neste estudo um questionário

misto, composto por dois tipos de questões, fechadas e abertas. Tendo como referência a mesma autora, nas questões fechadas o participante foi submetido a escolhas entre as respostas possíveis, por outro lado, as questões abertas solicitaram respostas livres e escritas por parte dos participantes, estas permitiram obter maior precisão em aspetos particulares da investigação.

O questionário aplicado dividiu-se em duas partes, a primeira foi constituída por perguntas fechadas, às quais foram apresentadas várias opções de resposta e tiveram como objetivo a caracterização dos participantes. A segunda parte do questionário pretendeu aferir quais os conhecimentos que os participantes possuíam acerca das intervenções não farmacológicas de alívio de dor, nomeadamente quais as intervenções não farmacológicas que conheciam e quais as que utilizavam, especificamente, em procedimentos com agulha em crianças até aos 12 meses de idade. Este assunto foi abordado através de duas questões abertas. Por último, foi construída uma questão que pretendia saber qual a frequência com que os profissionais utilizavam as intervenções não farmacológicas, sendo feita uma pergunta fechada com cinco opções de resposta.

Foi realizado um pré-teste ao questionário elaborado, ou seja, no primeiro local onde o questionário foi aplicado, a UCSP, o mesmo foi distribuído a três dos Enfermeiros que fazem parte da equipa de Enfermagem, com o intuito de verificar se as questões eram compreensíveis e não eram geradoras de dúvidas. Verificámos com a aplicação do pré-teste a eficácia e pertinência do questionário, não havendo necessidade de o alterar ou reformular pelo que foram incluídos na amostra final. De acordo com Vilelas (2009), os pré-instrumentos de colheita de dados caso não apresentem qualquer dificuldade de compreensão ou erro podem ser incluídos na amostra final do estudo.

As variáveis analisadas neste questionário foram tratadas estatisticamente de forma descritiva através da análise das frequências e usando, quando pertinente, algumas medidas de tendência central (média, moda ou mediana).

A amostra de enfermeiros da UCSP foi constituída por 6 elementos, sendo a taxa de adesão ao questionário de 100%, ou seja, todos os elementos da equipa responderam ao questionário. Todos os inquiridos são do sexo feminino, relativamente à idade, a maioria dos elementos desta equipa (66.6%) situa-se na faixa etária entre os 30 e 39 anos. Nenhum elemento se encontra na faixa etária entre os 20 e os 29 anos e os restantes elementos distribuem-se uniformemente pelas faixas 40 a 49 anos (16,7%) e 50 a 59 anos (16,7%). A frequência percentual de enfermeiros com Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem situa-se nos 50%. Ainda no que diz respeito às

habilitações literárias um dos elementos (17%) possui Curso de Mestrado e 2 elementos (33%) possuem Curso de Pós-Graduação.

No âmbito da experiência profissional verifica-se que a grande maioria dos elementos inquiridos (67%) desempenham funções nesta UCSP há menos de 5 anos. Apenas um elemento tem entre 5 a 9 anos de experiência profissional nesta unidade e outro elemento está há mais de 20 anos neste local.

No que respeita à amostra da UUP, esta foi constituída por 14 elementos, o que expressou uma percentagem de resposta ao questionário de 58%. Nesta amostra, 13 elementos são do sexo feminino e apenas 1 elemento é do sexo masculino. A maioria dos enfermeiros da UUP (65%) tem entre 30 a 39 anos de idade, 14% têm entre 20 a 29 anos de idade, 14% também entre 40 e 49 anos de idade e apenas 1 elemento (7%) entre 50 a 59 anos de idade. Nesta amostra de Enfermeiros, 29% são detentores de Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem e 14% são detentores de grau de Mestre.

No que concerne à experiência profissional, neste grupo de profissionais 65% tem entre 9 a 14 anos de exercício de funções na UUP. A segunda maior frequência percentual é de 21% e corresponde a menos de 5 anos de experiência neste serviço.

Na UCIN a amostra é constituída por 16 elementos, sendo todos do sexo feminino. A taxa de resposta ao questionário neste serviço foi de 73%. A maioria dos elementos (56%) apresenta idades compreendidas entre 30 e 39 anos. Segue-se a faixa etária entre os 40 e 49 anos com 25% da amostra e 19% situam-se entre os 50 e 59 anos de idade. Dos participantes deste estudo neste serviço, 94% possuem formação especializada, especificamente o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Nenhum elemento frequentou cursos de Mestrado e apenas 6% são detentores de Curso de Pós-graduação noutra área.

Relativamente ao tempo de experiência neste serviço, 31% da amostra trabalha neste serviço há menos de 5 anos e 25% situa-se entre os 5 e os 9 anos de experiência em UCIN. Os restantes elementos dividem-se entre os 9 a 14 anos (12,5%), 15 a 19 anos (19%) e mais de 20 anos (12,5%) de experiência neste serviço.

Comparando as amostras dos três serviços, há alguns dados que se assemelham, nomeadamente em relação à idade dos enfermeiros, a maioria dos elementos que responderam ao questionário têm entre 30 a 39 anos de idade nos três serviços. Relativamente à presença de

Enfermeiros Especialistas, a UCIN destaca-se por ser o serviço com a maior percentagem, em que apenas um dos elementos não possui Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No âmbito da experiência profissional na área, em dois dos locais (UCSP e UCIN) a maioria dos profissionais exerce funções naqueles serviços há menos de 5 anos. Na UUP verifica-se que a maior parte dos inquiridos tem entre 9 a 14 anos de experiência naquela unidade. Para complementar esta análise, as tabelas com os resultados da caracterização das equipas de Enfermagem encontram-se em Apêndice (Apêndice D).

Conforme já foi mencionado, existe um conjunto de intervenções não farmacológicas estudadas e validadas como eficazes no alívio da dor em procedimentos dolorosos. A literatura também evidencia a lacuna existente entre estes conhecimentos e a sua aplicação nos contextos clínicos. Assim, com vista à melhoria dos cuidados prestados considerámos necessário identificar as necessidades das equipas de Enfermagem nesta temática, com o intuito de definir e adequar estratégias de melhoria.

A segunda parte do questionário aplicado aos Enfermeiros tentou perceber qual a perceção e conhecimento que estes possuem acerca das intervenções não farmacológicas, com o intuito de identificar as necessidades das equipas. Elaboram-se duas perguntas abertas de forma a conseguir colher dados relevantes permitindo, assim, a cada um os inquiridos espelhar o seu conhecimento sobre o assunto de acordo com a sua experiência de prestação de cuidados.

Tratando-se de perguntas abertas, aquando do tratamento dos dados utilizou-se a metodologia qualitativa através da análise de conteúdo. Bardin (2016) configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, usando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Os dados na investigação qualitativa são analisados de forma sequencial, no decurso deste processo são destacadas categorias conceptuais (codificação aberta) permitindo explicar um discurso através da integração dos dados (Fortin, 2009). Bardin (2016) acrescenta que a codificação corresponde a uma transformação dos dados, que seguindo regras precisas permite agregar e enumerar alcançando uma representação do conteúdo.

Partindo destes pressupostos foram analisadas as respostas dos enfermeiros às duas perguntas abertas e agrupadas em categorias. Sabendo que a categorização é uma operação que permite classificar elementos constitutivos de um conjunto, agrupando elementos comuns (Fortin, 2009), foram definidas categorias para cada uma das intervenções não farmacológicas referidas

pelos Enfermeiros que participaram no estudo. Assim foram definidas as seguintes categorias: distração, posicionamento (colo), contacto pele a pele, amamentação, solução açucarada, sucção não nutritiva, contenção, presença dos pais e outras.

Verificámos que as categorias que resultaram da codificação das respostas às perguntas abertas do nosso questionário, ou seja, as intervenções não farmacológicas referidas pelos enfermeiros, encontram-se em conformidade com a generalidade do que foi encontrado na revisão da literatura efetuada sobre o tema, nomeadamente nas indicações da DGS (DGS, 2012; DGS, 2012b) e nas recomendações da OE (2013) e da AAP (2016).

Após a categorização das respostas foi feito o tratamento estatístico dos dados. Como refere Bardin (2016, p. 142) “a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Somente os índices é que são retirados de maneira não frequencial, podendo o analista recorrer a testes quantitativos”.

No gráfico 1 são apresentados os dados que refletem quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos que os Enfermeiros conhecem.

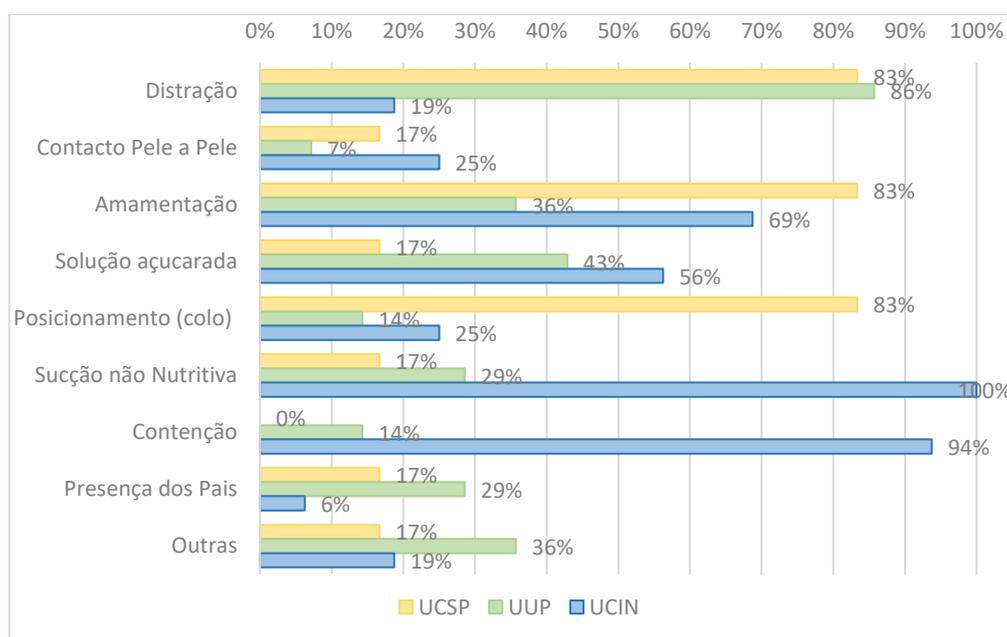


Gráfico 1 – Intervenções não farmacológicas de alívio de dor referidas em procedimentos dolorosos. Fonte: questionário aplicado à população alvo.

Desta análise destaca-se que na UCSP as intervenções não farmacológicas mais vezes referidas foram a amamentação (83%), a distração (83%) e o posicionamento ao colo (83%).

Intervenções como a solução açucarada, a sucção não nutritiva, o contacto pele com pele e a presença dos pais foram referidas apenas por um elemento.

Na amostra da UUP percebe-se que a maior frequência absoluta de respostas se verifica na intervenção não farmacológica distração, que é referida por 12 elementos (86%). A sucção não nutritiva foi referida por 50% da amostra, soluções açucaradas foram referidas por 43% dos Enfermeiros e a amamentação por 36%. A presença dos pais é também, nesta equipa, considerada uma intervenção não farmacológica por 29% dos elementos. Neste serviço verifica-se que à exceção da distração todas as outras intervenções não foram referidas por, pelo menos, metade da equipa. Com estes dados podemos inferir que a equipa conhece menos de metade das intervenções não farmacológicas de alívio de dor categorizadas.

Os dados relativos à UCIN revelam que, ao contrário do obtido nos outros serviços, há intervenções não farmacológicas referidas pela totalidade da amostra, como por exemplo a sucção não nutritiva que é referida por 100% dos participantes, seguida da contenção que é referida por 94% dos Enfermeiros. Destacam-se ainda com percentagens elevadas de respostas a amamentação (69%) e as soluções açucaradas (56%). Salienta-se que neste serviço das sete intervenções categorizadas mais de 50% da amostra revelou conhecer pelo menos quatro intervenções não farmacológicas.

A análise global dos dados permite-nos inferir que das oito intervenções não farmacológicas categorizadas através da análise das respostas dos Enfermeiros, apenas 47% da amostra referiu pelo menos quatro intervenções. Estes dados revelam que mais de 50% dos Enfermeiros que participaram neste projeto revelam conhecer menos de quatro intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos.

O segundo aspeto que se pretendeu caracterizar foram quais as intervenções não farmacológicas que os enfermeiros realizam em procedimentos com agulha em criança até aos 12 meses de idade. O gráfico 2 ilustra os dados obtidos neste ponto.

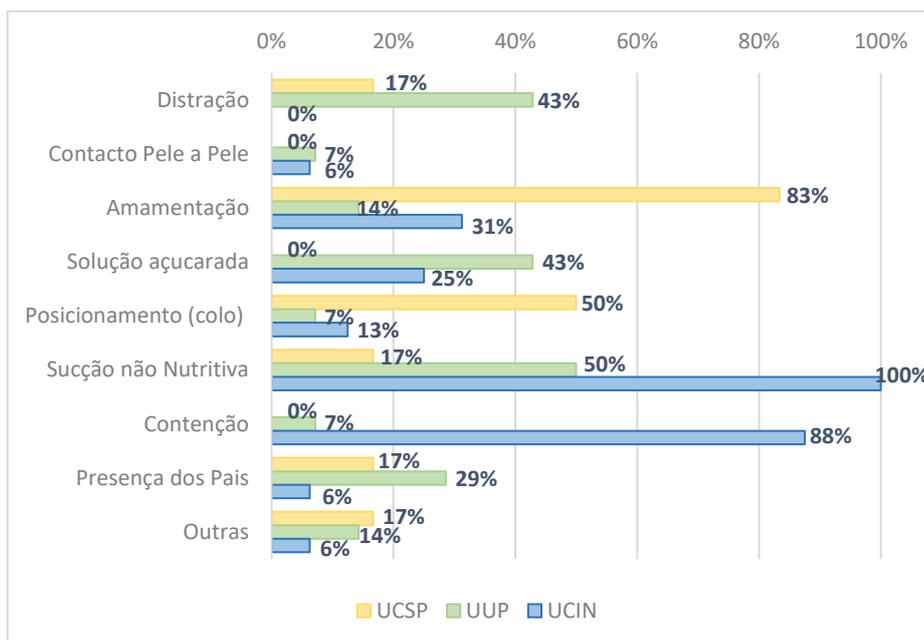


Gráfico 2 – Intervenções não farmacológicas referidas em procedimentos com agulha nos primeiros 12 meses de vida. Fonte: questionário aplicado à população alvo.

Na amostra da UCSP verifica-se que 83% dos elementos referem utilizar a amamentação como intervenção não farmacológica durante procedimentos com agulha, 50% referenciam o posicionamento ao colo, 17% a distração e em igual percentagem a sucção não nutritiva. Importa salientar que nesta UCSP não existe qualquer tipo de solução açucarada disponível para administrar a recém-nascidos e lactentes durante os procedimentos com agulha, talvez tenha sido esse o motivo pelo qual os Enfermeiros desta unidade não terem referido esta intervenção.

Os elementos da UUP apresentam a maior frequência percentual de respostas na intervenção sucção não nutritiva (50%), seguida das soluções açucaradas com 43% das respostas e da distração também com 43% de respostas. A amamentação e o posicionamento ao colo são referidos apenas por 2 dos inquiridos, o que corresponde a uma frequência percentual de 14% nesta resposta.

Os dados colhidos na UCIN revelam que 100% da amostra refere a sucção não nutritiva como intervenção não farmacológica em procedimentos com agulha e 88% referem utilizar a contenção. A amamentação foi referida apenas por 31% dos Enfermeiros e as soluções açucaradas por 25%.

Verificámos assim que em todos os serviços a frequência das intervenções não farmacológicas identificadas diminuiu da primeira para a segunda pergunta, isto revela que os

Enfermeiros conhecem algumas intervenções, mas especificamente em procedimentos com agulha até aos 12 meses de idade, referem utilizar menor número de intervenções comparativamente às que demonstraram conhecer na questão anterior. Vislumbrou-se, por isto, necessidade de atuação no sentido da promoção do uso destas intervenções.

A terceira, e última, questão da segunda parte do questionário pretendia aferir qual a frequência com que os enfermeiros utilizam intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha, o gráfico 3 apresenta os dados obtidos.

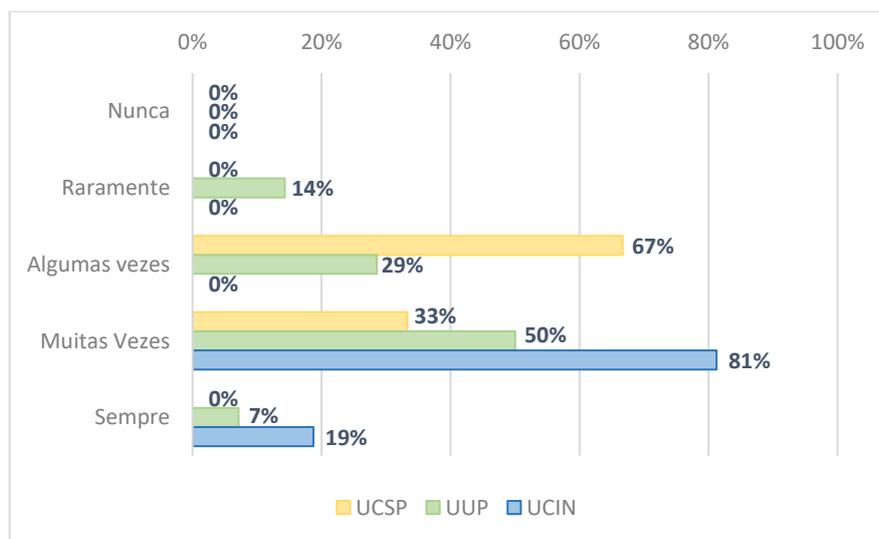


Gráfico 3 – Frequência de utilização das Intervenções não farmacológicas de alívio de dor. Fonte: questionário aplicado à população alvo.

Na UCSP a maioria dos enfermeiros inquiridos (67%) refere que utiliza as intervenções não farmacológicas “algumas vezes”. Na UUP 50% da amostra refere utilizar esta intervenções de alívio de dor “muitas vezes”, apenas 7% dos enfermeiros refere utilizar estas intervenções “sempre” e 29% situa-se na opção mediana que corresponde a “algumas vezes”. Na UCIN a amostra dividiu-se apenas entre as opções “muitas vezes” com 81% das respostas e “sempre” com 19%.

Analisando agora os dados obtidos nos três serviços em conjunto, percebe-se que tendo em conta a quantidade de opções de intervenções não farmacológicas existentes, validadas e adequadas no controlo da dor em procedimentos dolorosos, de todas as intervenções não farmacológicas categorizadas apenas três (amamentação, sucção não nutritiva e contenção) foram referidas por mais de 50% do total dos inquiridos. No que diz respeito às intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, apenas uma das intervenções (sucção não nutritiva) foi referida por mais de 50% dos inquiridos.

2.2.2. Caracterização dos procedimentos com agulha realizados pelas equipas de Enfermagem.

Com o intuito de conhecer quais os procedimentos com agulha realizados com maior frequência em cada um dos contextos de Estágio e, posteriormente, verificar quais as intervenções não farmacológicas realizadas pelos Enfermeiros, utilizámos como método de colheita de dados uma grelha de observação (Apêndice B).

Este instrumento foi construído com base na revisão de literatura e teve em atenção os pressupostos definidos por Fortin (2009, p. 371), que refere que “o investigador deve determinar o método de observação, o objeto sobre o qual se fará a observação (...) e precisar como as observações serão anotadas”.

Utilizou-se, portanto, uma observação sistemática que segundo Markoni & Lakatos (2004) utiliza um instrumento de recolha de dados ou fenómenos observados com o intuito de responder a propósitos pré-estabelecidos. Trata-se de uma observação planeada e sistematizada.

Pretendemos assim descrever os procedimentos com agulha realizados pelos Enfermeiros a recém-nascidos e lactentes, durante o período de colheita de dados. A grelha de observação permitiu colher dados relativamente à idade das crianças e aos procedimentos realizados pelos enfermeiros, nos três diferentes contextos.

Tendo em conta que os procedimentos observados foram realizados a recém-nascidos pré-termo, de termo e lactentes até aos 12 meses de idade, os dados da nossa observação foram divididos em duas partes distintas. A primeira parte engloba recém-nascidos de termo e lactentes e a idade foi expressa em meses, a segunda parte engloba os recém-nascidos pré-termo em que a idade foi expressa através da idade corrigida em semanas, que resulta da soma entre a idade gestacional com a idade pós-natal.

Foram observados procedimentos realizados a 59 crianças, dos quais 39 enquadraram-se no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes e 20 foram analisados no grupo de recém-nascidos pré-termo. No que respeita ao primeiro grupo, as idades variaram, como se pode ver no gráfico 4, entre menos de um mês e 12 meses. A média de idades foi 5,5 meses. A moda situa-se nos 6 meses.

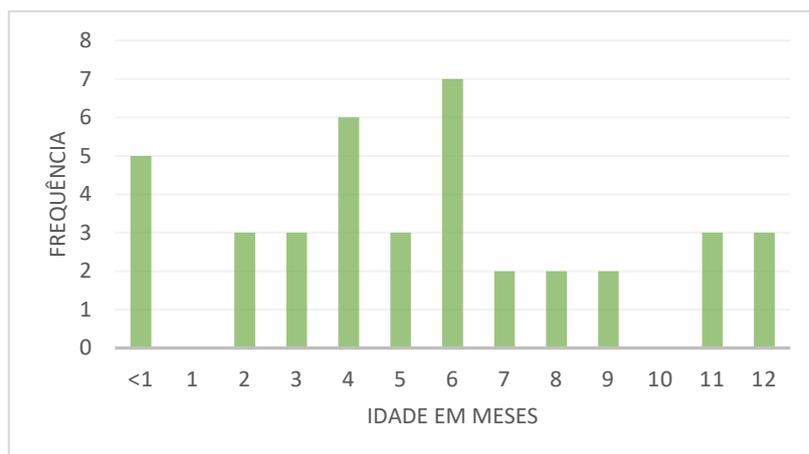


Gráfico 4 – Distribuição pela idade em meses dos recém-nascidos e lactentes submetidos a procedimentos com agulha. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções dos Enfermeiros.

No que concerne aos recém-nascidos pré-termo, a idade corrigida dos 20 bebês observados variou entre as 28 semanas e as 38 semanas. A média situou-se nas 34 semanas e a moda nas 35 semanas. No gráfico 5 visualiza-se a distribuição pela idade corrigida, dos recém-nascidos pré-termo observados.

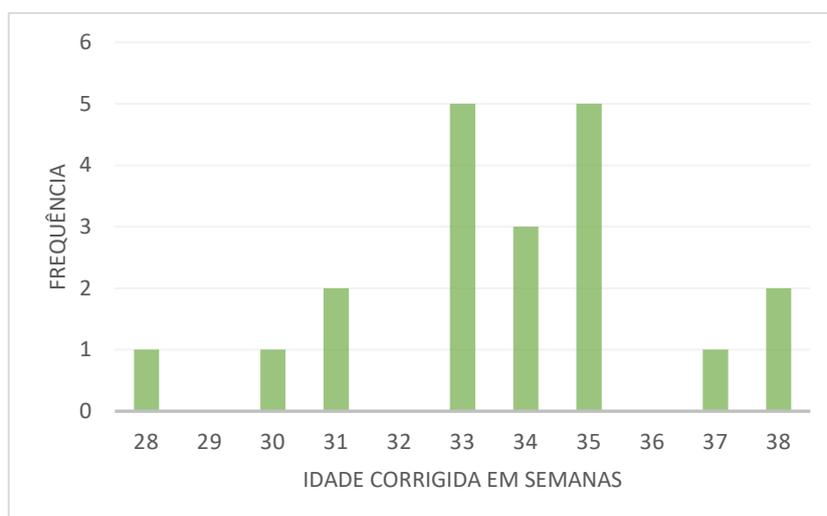


Gráfico 5 – Distribuição pela idade corrigida dos recém-nascidos pré-termo submetidos a procedimentos com agulha. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções dos Enfermeiros.

No âmbito dos procedimentos com agulha observados, o gráfico 6 mostra em termos globais, a frequência absoluta dos procedimentos observados. Verifica-se que a administração de vacinas intramusculares foi observada 16 vezes, a punção venosa periférica 21 vezes e a punção de calcanhar foi o procedimento mais vezes realizado, num total de 22 observações.

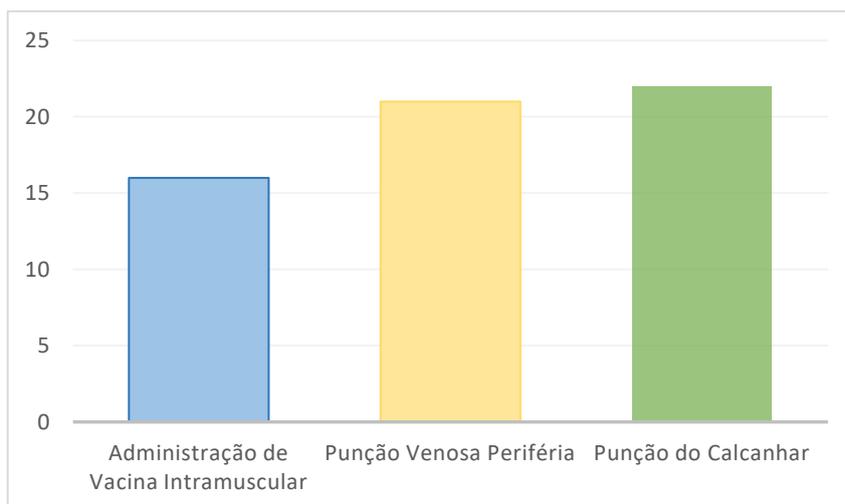


Gráfico 6 – Frequência absoluta dos procedimentos com agulha observados. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções dos Enfermeiros.

Pretendemos também verificar a distribuição dos procedimentos realizados pelos diferentes serviços. Assim, verificou-se que a administração de vacinas intramusculares ocorreu na totalidade na UCSP, sendo o procedimento com agulha mais vezes realizado nesta unidade. Na UUP o único procedimento com agulha observado foi a punção venosa periférica. Na UCIN o procedimento mais vezes realizado foi a punção do calcânhar com 16 observações, seguido da punção venosa periférica registada 4 vezes. O gráfico 7 documenta a distribuição dos procedimentos pelos três serviços.

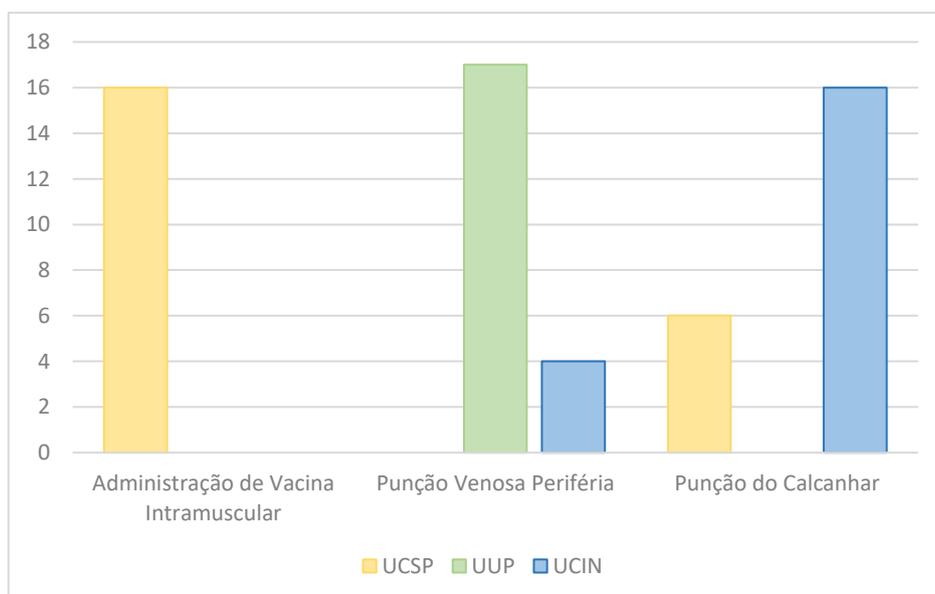


Gráfico 7 – Distribuição dos procedimentos com agulha observados pelos três serviços. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções dos Enfermeiros.

Os dados obtidos com o diagnóstico de situação relativo aos procedimentos com agulha realizados em recém-nascidos e lactentes revelam dados semelhantes aos descritos na literatura. Os procedimentos dolorosos aos quais os recém-nascidos são mais frequentemente submetidos são a injeção intramuscular, punção venosa periférica e punção do calcanhar (Cordero et al., 2015). À semelhança de um estudo realizado por Batalha (2010b, 2010) a punção do calcanhar é o procedimento doloroso mais vezes realizado em UCIN a recém-nascidos pré-termo. Em contexto de serviços de urgência pediátrica a punção venosa é o procedimento mais vezes realizado (Sparks, Setlik & Luhman, 2007; Cavender, Golf, Hollon & Guzzetta, 2004).

Em relação à administração de vacina intramuscular, a colheita de dados demonstrou que, como era previsível, esta ocorre exclusivamente em contexto de cuidados de saúde primários. Apesar de também se administrarem vacinas nas UCIN, nomeadamente no momento da alta para o domicílio é administrada a primeira dose da vacina anti-hepatite B ao recém-nascido pré-termo, as observações realizadas não contemplaram nenhuma dessas situações, pelo que a administração de vacinas intramusculares se reportou exclusivamente ao contexto de cuidados de saúde primários.

Sintetizando, a primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, permitiu-nos perceber que nas equipas de Enfermagem estudadas, a maioria das intervenções não farmacológicas de alívio de dor existentes não eram conhecidas por aproximadamente 50% dos seus elementos. Verificámos também que existia diferença entre as intervenções não farmacológicas referidas pelos profissionais e aquelas que utilizavam em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, ou seja, utilizavam menos intervenções do que aquelas que referiam conhecer. Relativamente à frequência de utilização, a análise global dos três contextos indicou que estas intervenções são utilizadas “*muitas vezes*”.

Com a aplicação deste questionário validámos o problema identificado pela análise prévia da literatura existente, pois verificámos o baixo uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor associada ao conhecimento insuficiente dos profissionais nesta área. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, nomeadamente, Batalha (2010) refere que o reduzido número de intervenções não farmacológicas usadas é revelador de falta de formação dos Enfermeiros nesta área. Neves & Corrêa (2008), identificam a vulnerabilidade no conhecimento dos profissionais de Enfermagem relacionados com a gestão da dor, estabelecendo o foco na necessidade de maior discussão, capacitação e envolvimento dos profissionais.

De forma evidente, os resultados obtidos permitiram estabelecer a necessidade de maior motivação, formação e treino das equipas de Enfermagem nesta área, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2.3. Definição dos Objetivos do Projeto

Seguindo a metodologia de trabalho de projeto, após cumprir o diagnóstico da situação, devem ser definidos objetivos que se centrem na resolução do problema, apontando quais os resultados a alcançar. Estes devem ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis e formulados em enunciado declarativo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Toda a pesquisa deve ter um objetivo definido para saber o que se vai investigar e o que se pretende alcançar (Marconi & Lakatos, 2007). Determinar os objetivos permite desenhar metas e/ou resultados a alcançar com a intervenção aplicada e também definir estratégias com o intuito de desenvolver as ações planeadas (Fortin, 2009).

O objetivo geral de um projeto deve conter uma visão global e abrangente do tema, Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos quer das ideias estudadas (Marconi & Lakatos, 2007). Assim definimos como objetivo geral deste projeto:

- Contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida.

Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), refere que a avaliação de um objetivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos, daí a importância de estabelecer objetivos específicos num trabalho de projeto. Assim, este projeto tem como objetivos específicos:

- desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a dor e as intervenções não farmacológicas que promovam o seu alívio.

- sensibilizar as equipas de Enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas para alívio da dor;

- observar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida.

- avaliar o benefício das intervenções não farmacológicas utilizadas através de uma escala de dor aguda.

Na procura pela excelência do exercício profissional cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica promover níveis de satisfação elevados da criança/família, devendo promover a concretização de atividades que visem diminuir o impacto dos fatores de stress provocados por uma situação de hospitalização e/ou doença (OE, 2013).

Como mencionado anteriormente, a dor provocada por procedimentos com agulha é um fator de stress e angústia para a criança e família. O controlo da dor assume especial importância no primeiro ano de vida, pelo que é fundamental promover a gestão adequada da dor nessa população vulnerável. Assim tencionamos, através da concretização deste projeto, colmatar uma necessidade identificada e também contribuir para o desenvolvimento de competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e de competências de Mestre.

No domínio das competências comuns de Enfermeiro Especialista considera-se que o desenho deste projeto permite o desenvolvimento de várias unidades de competência, nomeadamente: “B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B2.2. Planeia programas de melhoria contínua; B 2.3 Lidera programas de melhoria” (OE, 2010b, p.6). As competências Específicas são igualmente desenvolvidas com este projeto, com o foco na unidade de competência E 2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas” (OE, 2010, p.4).

Concomitantemente, e tendo em conta o carácter investigativo, assente numa metodologia científica que este projeto assume permite-nos desenvolver competências de Mestre, na medida em que potencia a aplicação de conhecimentos, capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e contextos alargados, conforme consta no Decreto-Lei nº 63/2016 que aponta as competências de Mestre.

Traçados os objetivos gerais e específicos estamos em condições de definir estratégias e atividades para a concretização dos mesmos.

2.4. Planeamento do Projeto

Durante a terceira fase da metodologia de projeto, o planeamento, realiza-se o levantamento dos recursos, são definidas as atividades a desenvolver definem-se os métodos e técnicas de pesquisa e elabora-se o cronograma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O planeamento deste projeto iniciou-se conforme consta no regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre da Universidade de Évora, com a elaboração da Proposta de Projeto de Estágio e respetivo plano de trabalho (Apêndice E). Foi também submetido o requerimento de pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde da Universidade de Évora (Anexo A), o qual obteve parecer positivo. Foram também apresentados os pedidos de autorização formal às três instituições onde se desenvolveu este projeto (Apêndice C). Assim, após cumpridas as formalidades éticas e legais para dar continuidade ao projeto foram planeadas as estratégias e atividades a desenvolver. Tanto o planeamento do projeto como as restantes etapas do mesmo, foram acompanhadas e discutidas permanentemente com os Docentes orientadores.

Seguindo as indicações de Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar, relacionam-se diretamente com os objetivos específicos delineados, pelo que se optou pela descrição das estratégias e atividades seguindo esta forma de apresentação.

1º Objetivo Específico - desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a dor e as intervenções não farmacológicas que promovam o seu alívio.

Como forma de preparação deste projeto foi desenvolvida uma extensa pesquisa da literatura com o intuito de desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre a temática, reunindo a mais recente e pertinente evidência disponível.

A revisão da literatura é um processo que consiste em percorrer um conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. A síntese e o resumo desta pesquisa

permitem a matéria essencial à concetualização do tema (Fortin, 2009). A revisão efetuada consubstanciou o enquadramento concetual do projeto e fundamentou os instrumentos de recolha de dados elaborados.

Fruto da pesquisa efetuada foi realizado um artigo de revisão sistemática intitulado “Benefícios das Intervenções não farmacológicas nos procedimentos com agulha em Recém-Nascidos e Lactentes”. Seguiu-se para elaboração deste artigo a metodologia de revisão sistemática do *Joanna Briggs Institute* (Apêndice F).

Tendo presente que este projeto é apenas parte de um todo, o percurso formativo 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.

No que concerne às competências do grau de Mestre procuramos com esta revisão sistemática da literatura dar resposta à competência definida no artigo 15º do Decreto de Lei nº 63/2016 de 13 de setembro (p.3174) “possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”.

No domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista a elaboração deste artigo de revisão sistemática promove o desenvolvimento da unidade de competência D2.2 “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010b, p.10).

2º Objetivo Específico – sensibilizar as equipas de Enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas para alívio da dor.

De acordo com o diagnóstico de situação efetuado junto das equipas de Enfermagem dos três serviços nos quais este projeto foi aplicado, verificou-se após a análise dos dados obtidos dois aspetos importantes: os Enfermeiros apresentavam escasso conhecimento acerca das intervenções não farmacológicas e a frequência de utilização das mesmas, na sua prestação de cuidados, também poderia ser incrementada.

Assim, uma das estratégias definidas para concretizar este objetivo foi a realização de sessões de formação sobre o tema direcionadas aos Enfermeiros, em cada um dos serviços. As

recomendações de muitos estudos, instituições e peritos na área apontam para o desenvolvimento de ações de formação e sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde, como estratégia para alcançar um consistente e eficaz controlo da dor na criança (Batalha, 2010).

A formação contínua apresenta-se como um fator essencial para o desenvolvimento das organizações, assume um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros o que leva a uma melhoria na qualidade dos serviços por estes prestados (Chaghari, Ebadi, Saffari, Ameryoun & Soltani, 2015). Com a formação pretende-se desenvolver um processo de aprendizagem através de experiências o mais próximas possível das práticas sociais. Além da aquisição de conhecimento, procura-se a aprendizagem de um saber fazer, formado por componentes práticas, e do desenvolvimento de um saber estar relacionado com atitudes e comportamentos que permitam aos formandos ampliar o seu campo de compreensão e de ação (Tojal, 2011).

Outras das estratégias delineadas para atingir este objetivo relaciona-se com a elaboração de normas de procedimento sobre as intervenções não farmacológicas de alívio de dor, adequadas e específicas a cada um dos serviços. Sabendo que as normas de procedimento constituem linhas orientadoras sobre determinado assunto e contam com a descrição pormenorizada e fundamentada de determinado procedimento de Enfermagem, pretendemos com a sua elaboração promover o conhecimento de toda a equipa de Enfermagem e a uniformização e melhoria dos cuidados prestados.

Corroboramos com Batalha (2010) que afirma que as normas e/ou protocolos são uteis pois envolvem a equipa no controlo da dor, clarificam o papel e a responsabilidade dos profissionais, promovendo a qualidade dos cuidados prestados. O mesmo autor salienta 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).

As estratégias propostas possibilitam o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista relacionadas com a formação em contexto de trabalho e com a conceção de programas formativos, nomeadamente “ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2010b, p. 10).

3º Objetivo Específico - observar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida.

Este projeto pretende, também, conhecer quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros nos três diferentes contextos no qual é implementado. Após identificar quais os procedimentos com agulhas realizados aos recém-nascidos e lactentes, nestes serviços, queremos quantificar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas pelos Enfermeiros e analisar os dados obtidos, com um intuito apenas descritivo.

A realização desta observação utiliza o instrumento de recolha de dados criado para o efeito (Apêndice B), com base na pesquisa da literatura efetuada. A recolha de dados através da observação constitui “um meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos” (Fortin, 2009, p.371). A concretização deste objetivo específico implica a análise e interpretação dos resultados obtidos.

4º Objetivo Específico - avaliar o benefício das intervenções não farmacológicas utilizadas através de uma escala de dor aguda.

A avaliação da dor é considerada atualmente essencial no seu controlo, as recomendações de boas práticas apontam para a necessidade de avaliar a dor pelo menos uma vez a cada oito horas no caso de crianças internadas, ou em intervalos mais curtos caso a situação o justifique. A avaliação da dor deve ainda ser realizada depois de cada procedimento doloroso, perante a presença de sinais sugestivo de dor ou alterações dos sinais vitais (Batalha, 2010).

Durante o primeiro ano de vida como as crianças ainda não verbalizam, a avaliação da dor é feita de forma indireta com base em indicadores comportamentais e fisiológicos. Os indicadores comportamentais compreendem as respostas motoras simples como flexão e adução das extremidades, expressões faciais, choro e respostas comportamentais complexas. As respostas comportamentais à dor são mais consistentes e específicas que as fisiológicas e constituem um indicador de heteroavaliação mais acessível e prático (Silva & Silva, 2010).

Utilizámos para fazer a avaliação da dor após a implementação da intervenção não farmacológica a escala de avaliação de dor FLACC (*Face Legs Activity Cry Consolability*) (Anexo B). Trata-se de uma das escalas de heteroavaliação adequadas para crianças durante o primeiro ano de vida. Esta escala encontra-se validada e adaptada para o nosso país (Batalha, Reis, Costa,

Carvalho & Miguens, 2009) e recomendada pela DGS (2010). A escala de dor FLACC inclui cinco categorias comportamentais: a expressão facial, movimento dos membros inferiores, a atividade, o choro e a consolabilidade. A cada um dos comportamentos é atribuído um valor numérico, com uma pontuação total entre 0 e 10 pontos, sendo que 0 corresponde a ausência de dor e 10 corresponde à maior dor possível (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apesar de a escala FLACC estar indicada para avaliação de dor desde o nascimento, na observação de recém-nascidos pré-termo, durante o Estágio na UCIN, sentimos necessidade de utilizar uma escala específica para recém-nascidos. Assim, para a avaliação da dor durante a realização de intervenções não farmacológicas em recém-nascidos na UCIN, utilizou-se a escala de dor NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Esta escala (Anexo C) tem como objetivo avaliar a dor aguda e contempla cinco indicadores comportamentais e um indicador fisiológico, avalia a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos dos membros e o estado de vigília. A pontuação total desta escala situa-se entre 0 e 7 pontos. Pode ser utilizada na avaliação da dor em recém-nascidos com mais de 24 semanas de gestação, contudo exclui os recém-nascidos entubados endotraquealmente (Batalha, 2016; Hockenberry & Wilson, 2014).

Estes dois últimos objetivos específicos do projeto permitem a continuidade de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com especial ênfase nas competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (OE, 2010). Tratando-se de um estudo de investigação de carácter descritivo, consideramos também desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista nomeadamente no domínio “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010b, p.10) e competências de Mestre, através do desenvolvimento de conhecimentos e capacidades em contexto de investigação.

O planeamento de todas as atividades levou a criação de um cronograma que permite visualizar as etapas do projeto ao longo do tempo (Apêndice G). O cronograma permite delinear a calendarização das atividades, sendo um processo interativo que determina as datas de início e de fim programadas para cada uma das etapas e atividades do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

2.5. Implementação do Projeto

Seguindo a metodologia de trabalho de projeto, a etapa de execução corresponde à materialização e realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. Nesta fase do projeto são esperados muitos resultados, quer em termos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências quer na resolução de problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). “A elaboração e a execução de um projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação-ação que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual” (Nogueira, 2005, p.84 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Mediante isto, após o diagnóstico de situação, que permitiu recolher dados e identificar necessidades, a definição de objetivos e o planeamento das estratégias segue-se a implementação do projeto de Estágio. Como exposto anteriormente, trata-se de um projeto transversal aos três contextos de Estágio pelo que, apesar de haver um denominador comum em toda a intervenção – *contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida* – foram consideradas as especificidades de cada contexto e os resultados obtidos através da análise dos dados recolhidos na fase de diagnóstico de situação.

Sabendo que a revisão bibliográfica acompanha todo o percurso de uma investigação, desde a concetualização e definição do tema até à discussão dos resultados (Fortin, 2009), e tendo em vista o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a dor e intervenções não farmacológicas que promovam o seu alívio, desenvolveu-se uma pesquisa extensa da literatura atual que acompanhou todo o percurso formativo. A pesquisa bibliográfica materializou-se na elaboração de um artigo de revisão sistemática da literatura (Apêndice F).

A elaboração deste artigo obedeceu à metodologia de revisão do *Joanna Briggs Institute* e teve como objetivo identificar e sintetizar os benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes. Foram incluídos nesta revisão 14 estudos experimentais controlados randomizados. As intervenções não farmacológicas analisadas nos estudos identificados foram a amamentação (3 estudos), as soluções açucaradas (8 estudos), a contenção manual (3 estudos), a contenção com lençol (2 estudos), a sucção não nutritiva (4 estudos), a distração (1 estudo) e o contacto pele com pele (3 estudos) e foram estudadas de forma isolada e em associação. As principais conclusões evidenciam que a redução de dor é o benefício

mais vezes encontrado nos estudos analisados, verificam-se também benefícios na redução de tempo de choro, melhoria dos parâmetros hemodinâmicos e diminuição da irritabilidade. O artigo elaborado foi submetido para publicação na revista RIASE – Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento.

O domínio das intervenções não farmacológicas de alívio de dor requer formação e treino por parte das equipas de enfermagem (OE, 2013). Assim, como forma a dar resposta ao objetivo específico – *sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas para alívio da dor* – e tendo por base as necessidades identificadas, propôs-se a estratégia de formação em equipa, direcionada para a atualização de conhecimentos relativos às intervenções não farmacológicas de alívio de dor, e planearam-se três sessões de formação, uma em cada um dos locais. Antecipadamente, 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. O processo de planeamento e elaboração das sessões de formação foi também discutido e acompanhado pelo Docente orientador dos Estágios.

As sessões de formação realizadas, foram incluídas no plano de formação já existente nos serviços, ou seja, foram agendadas para datas coincidentes com momentos de formação em equipa já pré-definidos, possibilitando, assim, rentabilizar recursos e promover a adesão de maior número de elementos à formação.

Foram elaborados previamente planos de sessão para cada uma das formações, atendendo às especificidades de cada serviço (Apêndice H). Utilizou-se predominantemente o método expositivo, segundo Paim, Iappe & Rocha (2015) neste método cabe ao formador a apresentação, explicação e demonstração de conhecimentos, habilidades e tarefas. O formando é, nestas circunstâncias, 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 espaço para sugestões e comentários ao trabalho apresentado.

As sessões de formação 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 I). Com o propósito de avaliar as sessões de formação promovidas e, principalmente, sabendo que a investigação-ação prevê uma mudança, elaborou-se um questionário de avaliação da sessão no qual se pretendeu avaliar a sessão e perceber se os

conteúdos transmitidos permitiram contribuir para uma maior utilização das intervenções não farmacológicas de alívio da dor (Apêndice J). Os resultados da avaliação do impacto da formação são apresentados e discutidos mais adiante neste relatório.

Conforme já foi referido, uma das estratégias equacionadas 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. A realização de normas de orientação permite o

“acesso fácil à síntese da informação relevante acerca de um conjunto de procedimentos ou intervenções eficazes numa condição e/ou grupo específico (...) melhora na qualidade da decisão clínica, através da indicação de recomendações claras, diminuindo a variação da prática clínica e substanciando as opções técnicas com maior objetividade no contacto com o doente” (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007, p.12).

Validamos esta necessidade através de entrevista com os Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores dos três contextos, verificando-se necessidades diferentes neste âmbito. As normas realizadas foram elaboradas com a supervisão e acompanhamento das Enfermeiras Orientadoras de cada local de Estágio e, também, do Docente Orientador dos Estágios. As normas elaboradas obedeceram à configuração e orientações específicas de cada uma das unidades de saúde. Efetuamos uma extensa pesquisa bibliográfica procurando as evidências mais atualizadas sobre o tema e, de seguida, procuramos sintetizar a informação relevante, descrevendo e fundamentando o procedimento elaborado.

No primeiro contexto de Estágio, a UCSP, foi verbalizada pela Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora do Estágio a necessidade de uniformização do procedimento de Enfermagem para colheita de sangue para o Rastreio Neonatal, dando ênfase às intervenções não farmacológicas adequadas ao procedimento e ao grupo etário. Assim, e após verificar que não existia nenhuma norma no serviço sobre este tema, foi elaborada a *“Norma de Procedimento de Enfermagem: Colheita de sangue para o rastreio neonatal”*, com o intuito de colmatar esta necessidade. Nesta norma após se estabelecerem os princípios gerais do rastreio de Diagnóstico Precoce foi descrito todo o procedimento, dando ênfase às intervenções não farmacológicas amamentação e contacto pele a pele, como as mais indicadas para este procedimento no recém-nascido (Apêndice K).

Na UUP existia uma norma de procedimento para Intervenção não farmacológica em procedimentos dolorosos, contudo encontrava-se desatualizada, uma vez que a data de última

revisão correspondia ao ano de 2010. Mediante isto, foi realizada a revisão da norma de procedimento já existente *“Procedimento para intervenção não farmacológica na realização de procedimentos dolorosos em pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)”*, atualizando os seus conteúdos de acordo com as indicações da literatura científica recente sobre a temática. A norma existente englobava as intervenções não farmacológicas adequadas a toda a idade pediátrica e não apenas ao primeiro ano de vida, conforme delimitado neste projeto. Contudo, considerou-se pertinente ao atualizar a norma existente manter a abrangência que a mesma já possuía, enquadrando e atualizando as indicações de intervenções não farmacológicas adequadas em procedimentos dolorosos em crianças e adolescentes (Apêndice L). A norma de procedimento elaborada define o objetivo e o campo de aplicação da mesma, estabelece as considerações gerais sobre o tema, define as medidas gerais a adotar na realização de procedimentos dolorosos e explicita as intervenções não farmacológicas a realizar em procedimentos dolorosos de acordo com a faixa etária (lactente, *toddlers* e idade pré-escolar, idade escolar e adolescência).

No último contexto de Estágio, a UCIN, constatou-se que também não existia norma de procedimento relacionada com intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos no recém-nascido, pelo que se elaborou uma norma de procedimento sobre esta temática designada: *“Procedimento para intervenção não farmacológica de alívio de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-nascido”* (Apêndice M). A norma realizada define os objetivos e faz a descrição do procedimento, no qual são enumerados os cuidados gerais no controlo da dor em recém-nascidos e são descritas as intervenções não farmacológicas para controlo da dor no recém-nascido.

As normas elaboradas nos três contextos de Estágio foram apresentadas às respetivas equipas de Enfermagem durante as sessões de formação. Durante a sessão de formação na UCIN a equipa de Enfermagem sugeriu que a informação relativa às diferentes quantidades de glicose a 30% a administrar em procedimentos dolorosos, de acordo com a idade gestacional do recém-nascido, conforme apresentado na sessão formativa e na norma elaborada, estivesse visível no local de preparação de terapêutica. Mediante esta solicitação da equipa, e após concordância da Enfermeira Chefe e da Enfermeira Orientadora, foi elaborado um quadro informativo que ficou junto à zona de preparação da medicação, facilitando assim o acesso a esta informação (Apêndice N).

A avaliação positiva desta atividade verificou-se através da aprovação pelos Enfermeiros Chefes das normas realizadas, as quais foram posteriormente aprovadas institucionalmente e colocadas em vigor, contribuindo assim para a uniformização dos cuidados prestados e melhoria da qualidade dos mesmos.

Prosseguindo na execução das estratégias planeadas de forma a atingir os objetivos específicos definidos para o Projeto de Estágio, os últimos dois objetivos específicos – *observar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida; avaliar o benefício das intervenções não farmacológicas utilizadas através uma escala de dor aguda* – estão relacionados e são operacionalizados através da realização de um estudo de caráter descritivo de abordagem quantitativa, no qual se pretendem descrever as intervenções não farmacológicas realizadas e avaliar o seu benefício.

Seguimos os princípios de estudo descritivo definidos por Fortin (2009), segundo a qual este tipo de estudos pretende identificar as características de um fenómeno de forma a obter a visão geral de uma situação ou de uma população. Os estudos descritivos enquadram-se nos desenhos de investigação não experimentais. Assentam em métodos de colheita de dados estruturados e o tratamento de dados pode ser feito de forma qualitativa ou quantitativa. Optando pela análise quantitativa, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas (Fortin, 2009).

Para a concretização deste objetivo foi utilizado como instrumento de recolha de dados uma grelha de observação das intervenções dos Enfermeiros (Apêndice B), que permitiu registar as intervenções não farmacológicas observadas para posteriormente serem descritas e quantificadas. Concomitantemente, utilizaram-se outros instrumentos, as escalas de dor aguda FLACC e NIPS (Anexos B e C), de forma a avaliar a dor durante os procedimentos com agulha observados.

Conforme foi referido, a população alvo deste estudo foram os enfermeiros que prestavam cuidados nos três diferentes contextos de Estágio e que realizaram intervenções não farmacológicas, durante procedimentos com agulha a recém-nascidos e lactentes, no período de contacto da investigadora com estes locais, permitindo, assim, a observação e avaliação das intervenções realizadas. Focamos a nossa observação nos procedimentos com agulha definidos: administração de vacina intramuscular, punção venosa periférica e punção do calcanhar.

Tendo em conta que um dos objetivos desta observação é avaliar o grau de dor, foram excluídos das observações incluídas neste estudo todos os recém-nascidos e lactentes cuja situação clínica pudesse interferir na resposta à dor, nomeadamente, patologia do sistema nervoso central

ou alteração do estado de consciência, administração de sedativos ou analgésicos antes do procedimento e/ou presença de ventilação invasiva.

De referir que nos momentos em que o mesmo bebé foi submetido a mais do que um procedimento com agulha consecutivamente, foram recolhidos os dados apenas do primeiro procedimento, uma vez que a resposta à dor ao segundo procedimento doloroso consecutivo considera-se exacerbada, pela exposição ao momento de dor anterior.

Consideramos importante frisar que durante todas as observações realizadas a procedimentos com agulha, os Enfermeiros não utilizaram em nenhum dos procedimentos, nenhuma intervenção farmacológica de alívio de dor, nomeadamente analgesia tópica por penso oclusivo de lidocaína+prilocaína.

Durante a fase de execução do projeto, foram feitos os registos e monitorização dos dados obtidos com tratamento dos mesmos de acordo com os critérios científicos previstos, de forma a poder avaliar os resultados das intervenções efetuadas. Os resultados obtidos através deste processo são apresentados e analisados no subcapítulo seguinte.

2.6. Avaliação e Discussão dos Resultados Obtidos

Na dinâmica de trabalho de projeto o processo de avaliação inclui duas vertentes, a análise e a reflexão. As formas e as ferramentas que são utilizadas devem ser definidas inicialmente, utilizando preferencialmente medidas quantitativas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No seguimento do texto surge, então, a avaliação dos objetivos deste projeto e das atividades realizadas bem como a apreciação global do projeto implementado. Os dados obtidos foram processados no *software Excel*, procedeu-se à análise estatística e descritiva dos mesmos, bem como ao cruzamento entre variáveis de forma a encontrar relações entre elas.

A avaliação realizada englobou a análise de vários aspetos, em primeiro lugar, analisam-se as respostas aos questionários efetuados na etapa de diagnóstico de situação correlacionando-as com a formação e experiência profissional dos elementos das equipas de Enfermagem. De seguida, avaliou-se a adesão e o impacto das sessões de formação realizadas nos diferentes contextos. Por

último, são analisados os resultados do estudo descritivo efetuado através das observações das intervenções não farmacológicas realizadas pelas equipas de Enfermagem.

Analisar os conhecimentos dos Enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha...

Com o intuito de identificar alguns dos determinantes que influenciam o conhecimento dos Enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas, realizámos o cruzamento entre os dados recolhidos na primeira parte do questionário aplicado às equipas de Enfermagem, no qual se fez a caracterização sociodemográfica, e o conhecimento demonstrado acerca das intervenções não farmacológicas.

Verificámos que, através da observação global dos questionários aplicados nos três contextos, relativamente à pergunta “*Quais são as intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos que conhece?*” a análise das respostas permitiu definir oito categorias, correspondentes a oito intervenções não farmacológicas referidas pelos Enfermeiros. Apenas 47% da amostra demonstrou conhecer pelo menos metade das intervenções não farmacológicas categorizadas.

Correlacionando estes dados com as habilitações literárias dos Enfermeiros verificámos que, da percentagem de Enfermeiros que demonstrou ter mais conhecimento acerca das intervenções não farmacológicas, a maioria (71%) possuem Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os resultados obtidos encontram-se em concordância com o definido pela OE (2011), pois os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, nomeadamente na aplicação de medidas não farmacológicas na gestão da dor.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, verifica-se que o conjunto de Enfermeiros que demonstrou maior conhecimento sobre intervenções não farmacológicas (35%) exerce funções no respetivo serviço no espaço temporal entre 0 a 4 anos e a segunda maior frequência percentual (24%), situa-se entre os 9 e os 14 anos de exercício de funções no respetivo local. Tendo como referência, a teoria de Patricia Benner verificámos que o grupo de Enfermeiros que revelou maior conhecimento sobre as intervenções não farmacológicas, situou-se na opção entre 0 a 4 anos de experiência no respetivo serviço o que corresponde a uma média de 2 anos.

Enquadra-se, portanto, no estado 3 de aquisição de competência: *competente*. Segundo esta autora, o enfermeiro competente “trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos (...) começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente” (Benner, 2001, p.53). A segunda maior frequência absoluta no conhecimento das intervenções não farmacológicas, situa-se entre os 9 e os 14 anos de experiência profissional. Prosseguindo com o enquadramento na teoria de Benner, verifica-se que este grupo de profissionais pertence ao estado 5 de desenvolvimento de competências: *perito*. Neste nível de desenvolvimento o Enfermeiro possui bastante experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema (Benner, 2001).

Com esta análise, concluímos que o conhecimento das intervenções não farmacológicas não parece estar diretamente relacionado com o tempo de experiência profissional num determinado contexto.

Avaliar o impacto das sessões de formação realizadas...

Seguindo as recomendações da OE (2011, p. 6) “é determinante existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade”.

Para obter dados que permitissem avaliar o impacto da formação realizada nas equipas de Enfermagem optou-se por realizar um questionário de avaliação da sessão formativa, distribuído aos Enfermeiros que assistiram à mesma, no final de cada sessão (Apêndice J).

A adesão dos Enfermeiros às sessões de formação foi bastante elevada nos três serviços. Na UCSP estiveram presentes os seis elementos que compõe a equipa de Enfermagem da unidade. Na UUP assistiram à formação 15 dos 24 Enfermeiros que constituem a equipa de Enfermagem. A sessão de formação realizada na UCIN contou com a presença de 16 elementos, de entre os 22 que formam a equipa de Enfermagem. Em termos percentuais, a adesão à sessão de formação foi de 100% na UCSP, 63% na UUP e 73% na UCIN.

Analisando a questão que abordava a relevância que os profissionais atribuíram ao tema para a prestação de cuidados, 100% dos Enfermeiros da UUP e da UCIN e 83% dos Enfermeiros da

UCSP, classificaram esta questão com o *score* 4 “*muito bom*”, que corresponde à pontuação máxima na escala apresentada.

Relativamente aos conhecimentos adquiridos, na UCSP e na UUP a totalidade dos Enfermeiros que assistiram à formação referiram que a mesma aumentou “*muito*” os seus conhecimentos sobre o tema. Na UCIN 69% da assistência referiu que a sessão aumentou “*muito*” os seus conhecimentos e 31% referiu que aumentou “*pouco*” os conhecimentos sobre o tema. Consideramos este aspeto previsível pois reportando aos dados obtidos através do questionário utilizado para diagnóstico de situação, a amostra de Enfermeiros da UCIN foi a que revelou maiores conhecimentos acerca das intervenções não farmacológicas.

Na tentativa de perceber se a formação apresentada implicaria melhorias objetivas nos cuidados, questionámos os enfermeiros sobre a sua intenção de utilizar as intervenções não farmacológicas de alívio de dor com maior frequência, após a sessão de formação. A resposta a esta questão foi unânime, todos os enfermeiros que assistiram as sessões referiram que passariam a utilizar as intervenções não farmacológicas com mais frequência. Os resultados completos do questionário de avaliação da sessão são apresentados em apêndice (Apêndice O).

Pretendemos, ainda, perceber quais as intervenções não farmacológicas que os Enfermeiros, após a sessão de formação, utilizarão em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida. Neste ponto, conforme se visualiza no gráfico 8, verificámos que das sete intervenções apresentadas os Enfermeiros que assistiram às sessões de formação referem estar motivados para passar a utilizar várias intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha, com destaque para a sucção não nutritiva (referida por 26 Enfermeiros), as soluções açucaradas (referidas por 24 Enfermeiros), a contenção (referida por 21 Enfermeiros) e a amamentação (referida por 16 Enfermeiros). As intervenções não farmacológicas como a Distração e o contacto pele a pele foram as menos referidas, como opções a utilizar em procedimentos com agulha até aos 12 meses de idade.

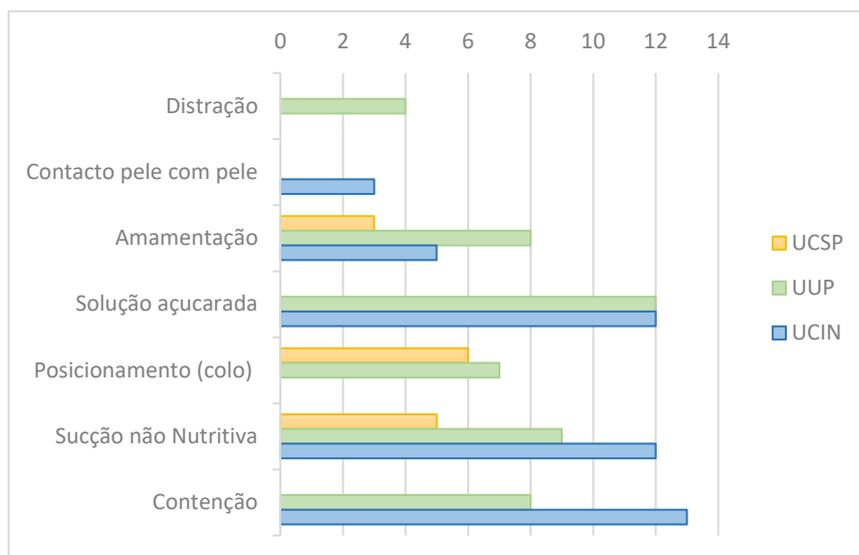


Gráfico 8 – Intervenções não farmacológicas referidas pelas equipas de Enfermagem após a sessão de formação.
 Fonte: Questionário de Avaliação da sessão de formação.

Relembrando que a metodologia de projeto, sob a qual este trabalho foi desenvolvido, baseia-se na tentativa de uma intervenção que contribua para a resolução eficaz de determinado problema, norteados pela investigação-ação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Consideramos, assim, que as sessões de formação apresentadas obtiveram um impacto positivo, proporcionando melhorias significativas nos três serviços, traduzindo-se assim num indicador de sucesso deste projeto.

Analisar os resultados da observação e das intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida...

A observação sistemática das intervenções não farmacológicas realizadas em procedimentos com agulha teve como guião a grelha de observação realizada para o efeito, através da qual se recolheram os dados que originaram os resultados apresentados.

Conforme mencionado anteriormente no gráfico 6, o total de procedimentos com agulha observados foi de 59, dos quais, 16 foram administrações de vacinas intramusculares, 21 punções venosas periféricas e 22 punções de calcanhar. Um dos primeiros pontos da nossa observação pretendeu analisar a presença dos pais durante os procedimentos. Assim, verificámos que em todos os procedimentos observados na UCSP e na UUP, o pai e/ou a mãe da criança estiveram presentes

durante a realização do procedimento. Apenas na UCIN se verificou a realização de procedimentos em que os pais não estavam presentes.

Nesta unidade dos 20 procedimentos com agulha observados apenas em 4 procedimentos (20%) os pais dos recém-nascidos estavam presentes. Importa salientar que nesta unidade a presença dos pais não é permitida entre as 00horas e as 8horas, contudo este aspeto não condicionou os dados recolhidos, pois todas as observações de procedimentos realizadas, e aqui apresentadas, ocorreram no turno da manhã, entre as 8horas e as 16horas, altura em que é permitida a presença dos pais.

No contexto de UCIN verifica-se que a maior parte dos procedimentos são realizados sem a presença dos pais, o que é precisamente o oposto ao verificado nos outros dois contextos analisados, a UCSP e a UPP. Os motivos que estarão na base deste fenómeno não são linearmente explícitos, contudo a literatura atual indica alguns fatores que se podem encaixar nos resultados encontrados.

Devido ao ambiente hostil que caracteriza uma unidade de cuidados intensivos neonatais, o vínculo afetivo entre pais e filhos pode estar comprometido devido a vários fatores, aos longos períodos de internamento, às rotinas impostas pela instituição e às condições clínicas da mãe e/ou do bebé. Além disto, o facto de após o nascimento o recém-nascido necessitar de internamento força a separação da tríade, o que às vezes é ainda mais agudizado pelas dificuldades económicas que alguns casais apresentam face às necessidades impostas pelas deslocações constantes para o hospital (Tronchim & Tsunehiro, 2005). Dos três contextos analisados, a UCIN é o único serviço de internamento, o que pode, pelas mais variadas razões condicionar a presença dos pais.

O internamento do recém-nascido e a conseqüente interrupção no processo de vinculação desencadeia uma situação de mudança/crise para os pais. A adaptação dos pais a este processo pode desencadear dois percursos distintos, a exclusividade na dedicação ao bebé, prejudicando a interação com o resto da família ou, noutro extremo, pode acontecer a rejeição do bebé (Diaz, Fernandes & Correia, 2014). Num estudo conduzido por estas autoras são apuradas várias dificuldades dos pais inerentes ao internamento numa UCIN, entre elas, dificuldades financeiras face às despesas inerentes à hospitalização do seu filho, dificuldades na gestão da vida profissional e na vida familiar e dificuldades na adaptação ao ambiente da unidade.

Consideramos que os resultados encontrados, ou seja, a predominante ausência dos pais durante a realização de procedimentos doloroso pode ser enquadrada nos aspetos acima mencionados.

Conforme já descrito neste trabalho o grupo dos recém-nascidos e lactentes submetidos aos procedimentos alvo da nossa observação, foi subdividido de forma a permitir a análise dos resultados relativos aos recém-nascidos pré-termo, devido à sua especificidade, separadamente.

No que concerne às intervenções não farmacológicas realizadas nos procedimentos com agulha, globalmente e no que diz respeito ao grupo de recém-nascidos de termo e lactentes, verificámos que, conforme preconizado pelas *guidelines* nacionais e internacionais, em alguns procedimentos foram utilizadas mais do que uma intervenção não farmacológica em simultâneo. No total dos procedimentos observados, em 14 procedimentos (24%) foi realizada apenas uma intervenção não farmacológicas, nos restantes 45 procedimentos (76%) os enfermeiros aplicaram mais do que uma intervenção não farmacológica em simultâneo.

Contrariamente a este resultado, num estudo realizado por Batalha, Costa, Reis, Jacinto, Machado & Santos (2014), prevaleceram as intervenções não farmacológicas usadas isoladamente, a associação de mais do que uma intervenção não farmacológica em simultâneo ocorreu apenas em 45% dos casos analisados nesse estudo.

Nesta primeira abordagem analisaram-se individualmente as intervenções não farmacológicas realizadas, no grupo de recém-nascidos de termo e lactente. Assim, verifica-se que as intervenções mais vezes realizadas foram a distração, com uma frequência percentual de 32% e o posicionamento ao colo, que se verificou em 22% das observações. As intervenções não farmacológicas com menos utilização foram a sucção não nutritiva (17%), as soluções açucaradas (15%) e a amamentação (14%). O gráfico 9 mostra as frequências absolutas de cada uma das intervenções não farmacológicas observadas de acordo com os procedimentos analisados.

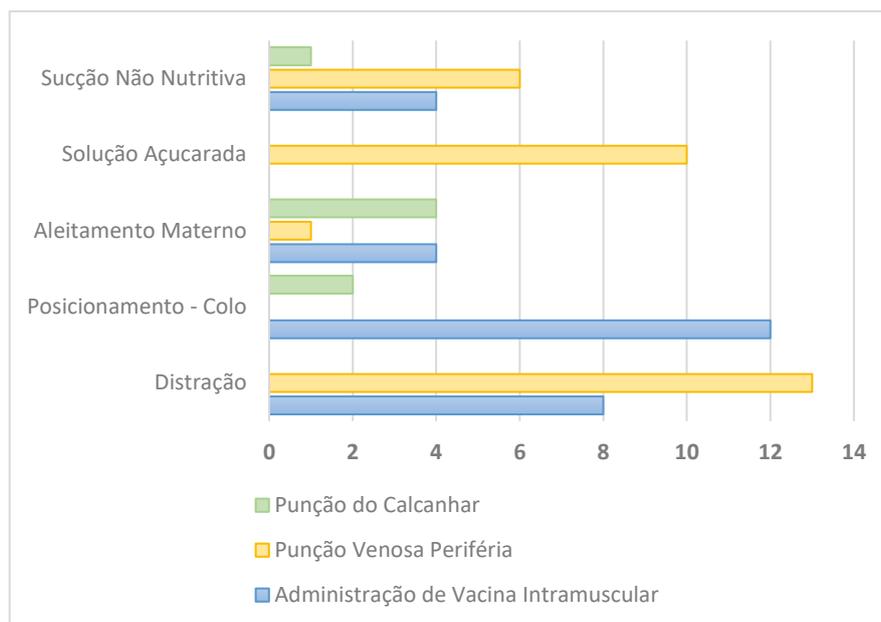


Gráfico 9 – Frequências absolutas das intervenções não farmacológicas observadas em recém-nascidos de termo e lactentes. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

Encontramos semelhanças com estes resultados num estudo de Batalha et al. (2014) que verifica que entre as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros a distração assume a maior prevalência, seguida do colo e da presença dos pais.

No que diz respeito ao grupo de recém-nascidos pré-termo, as intervenções não farmacológicas implementadas foram a administração de soluções açucaradas (33,5%), a sucção não nutritiva (SNN) (33,5%), a contenção manual (29%) e a contenção com lençol (4%).

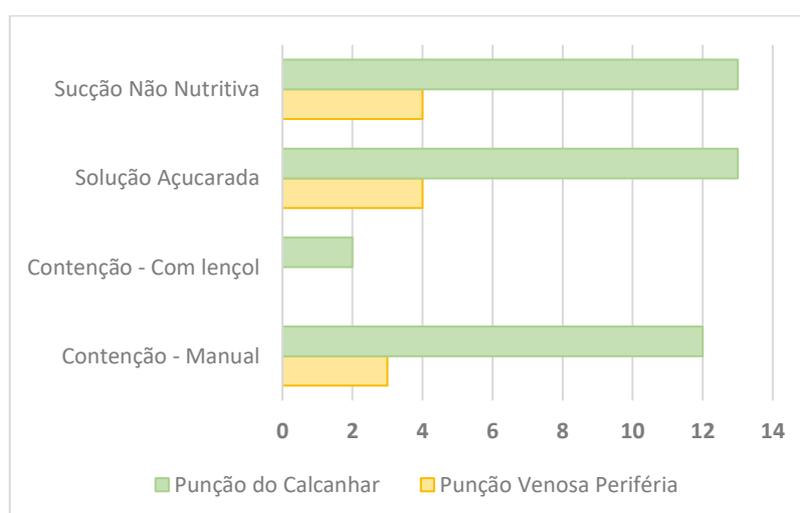


Gráfico 10 – Frequências absolutas das intervenções não farmacológicas observadas em recém-nascidos pré-termo. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

Analisando os dados obtidos, constatamos que intervenções como a amamentação e o contacto pele com pele não foram observadas nos procedimentos com agulha realizados a recém-nascidos pré-termo em contexto de UCIN.

Conforme foi explanado no primeiro capítulo deste trabalho, a evidência demonstra que as intervenções não farmacológicas possuem maior benefício se forem utilizadas de forma combinada, ou seja, em simultâneo. Assim pretendeu-se analisar quais as combinações de intervenções não farmacológicas utilizadas pelos Enfermeiros em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, nos três diferentes contextos.

A análise dos resultados revela que no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes, as associações mais vezes utilizadas foram a distração em conjunto com o posicionamento ao colo (n=7) e a distração em conjunto com as soluções açucaradas (n=7). Observaram-se ainda outras combinações de intervenções não farmacológicas realizadas conforme demonstra o gráfico 11.

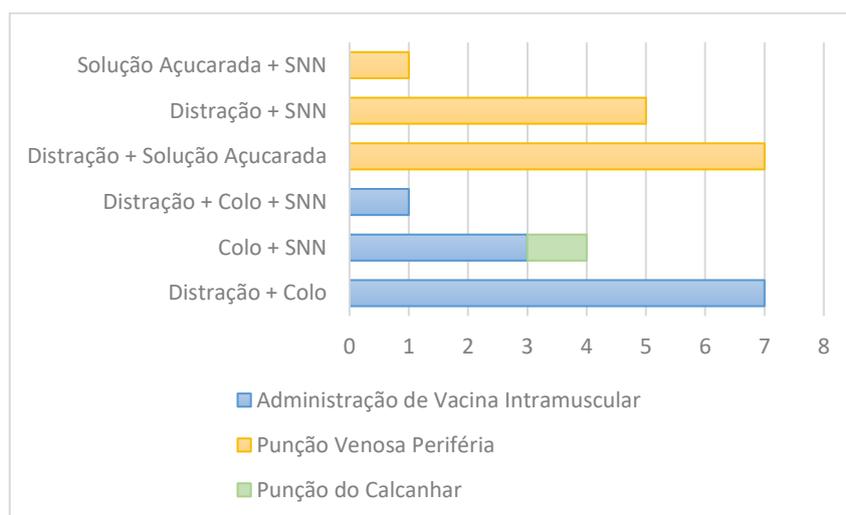


Gráfico 11 – Combinação de Intervenções não farmacológicas utilizadas em recém-nascidos de termo e lactentes por procedimento. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

No que diz respeito à amostra de recém-nascidos pré-termo, as combinações de associações não farmacológicas foram diferentes, conforme expressa o gráfico 12.

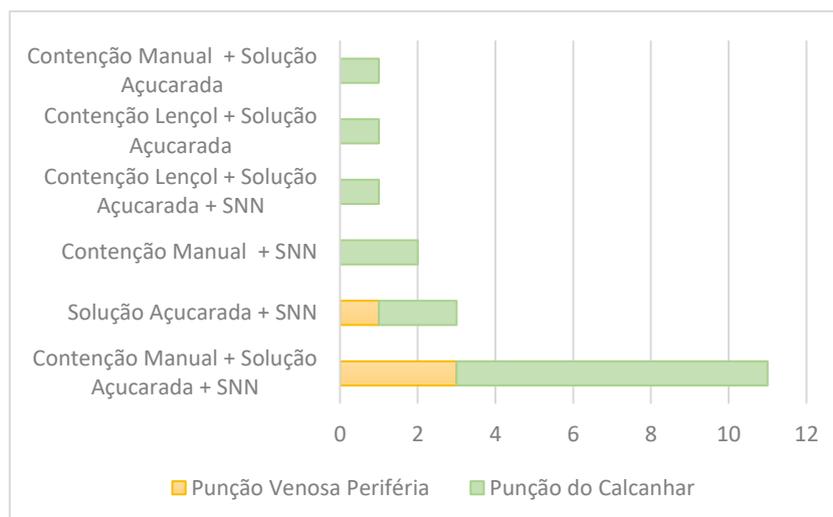


Gráfico 12 – Combinação de Intervenções não farmacológicas utilizadas em recém-nascido pré-termo por procedimento. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

Neste grupo destaca-se a combinação que alia a contenção manual, a solução açucarada e a sucção não nutritiva que obteve a maior frequência absoluta ($n=11$). Os resultados revelam que na UCIN não foram utilizadas a amamentação e o contacto pele com pele em nenhum dos procedimentos observados.

A estratégia de contenção está presente em cinco das seis combinações de intervenções não farmacológicas encontradas. Estes resultados revelam conformidade com os dados obtidos através do questionário aplicado à equipa de Enfermagem da UCIN, pois a contenção foi a intervenção não farmacológica referida pelo maior número de Enfermeiros desta equipa.

A contenção com lençol é fortemente recomendada, na medida em que alivia a dor através da estimulação sensorial ou multissensorial que atua de forma a reduzir a transmissão nociceptiva que se relaciona com a sensação de dor. Esta intervenção permite ainda simular a posição uterina o que promove a estabilidade fisiológica e a capacidade de autorregulação (Ho, Ho, Leung, So & Chan, 2015). A contenção manual estimula também a sensação de autocontrolo do recém-nascido, oferece estimulação sensorial, táctil e térmica, o que atua na modulação da dor durante procedimentos dolorosos (Liaw et al., 2013).

Avaliar o benefício das intervenções não farmacológicas realizadas...

A avaliação da dor é um elemento *gold standard* na problemática do controlo da dor. Permite avaliar e ajustar as intervenções implementadas. Na observação sistematizada que realizámos, pretendemos avaliar a dor durante a realização de procedimentos com agulha em que foram implementadas uma ou mais intervenções não farmacológicas. Recorremos a instrumentos de avaliação de dor adequados para à faixa etária das crianças observadas. Assim, no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes utilizámos a escala de avaliação de dor aguda FLACC. No grupo de recém-nascidos pré-termo recorremos à escala de avaliação de dor NIPS.

O *score* de dor obtido resultou da observação atenta e pormenorizada do recém-nascido e lactente desde o momento do início do procedimento até cerca de um minuto após o mesmo terminar, perfazendo no total cerca de 2 minutos de tempo de observação da criança. Recorremos para definir o tempo de observação às recomendações de Batalha (2016, p.23), pois “de uma forma geral as escalas de heteroavaliação exigem para sua aplicação um tempo de observação da pessoa que varia entre 2 a 4 minutos”.

Em primeiro lugar apresentamos o grau de dor avaliado por procedimento, assim, e relativamente ao grupo de recém-nascidos de termo e lactentes, na administração de vacina intramuscular o grau de dor avaliado variou entre *score* 2 e o *score* 5, situando-se a média no *score* 4 e a moda no *score* 5.

Numa escala de 0 a 10 pontos, como a escala de avaliação de dor FLACC, a categorização é feita da seguinte forma: “0-1 pontos *sem dor*; 1-3 pontos *dor ligeira*; 3-7 pontos *dor moderada*; 7-10 pontos *dor intensa*” (Batalha, 2016, p.19). Assim, com os resultados obtidos concluímos que no procedimento administração de vacina intramuscular, no grupo em estudo o grau de dor verificado situou-se em média na categoria *dor moderada*.

Em relação ao procedimento punção de calcanhar, no mesmo grupo, os resultados indicam que o grau de dor variou entre *score* 1 e *score* 5, sendo a média obtida no *score* 3, que corresponde a *dor ligeira*.

No que concerne aos resultados obtidos na avaliação da dor no procedimento punção venosa periférica, os *scores* de dor obtidos variaram entre o *score* 1 e o *score* 7. A média situou-se no *score* 4 e a moda no *score* 3, significando *dor ligeira*.

Dos três procedimentos estudados destaca-se a administração de vacina intramuscular como o que causa maior grau de dor, pois é o que apresenta, relativamente à moda, maior *score* de dor. Podemos interpretar estes resultados devido ao facto de na administração de vacinas intramusculares a dor ser provocada por dois fenómenos distintos, em primeiro lugar a dor provocada pela inserção da agulha na pele e, em segundo, a dor provocada pela entrada do conteúdo da vacina no músculo. Ao passo que, nos outros dois procedimentos estudados a dor verificada poder-se-á dever apenas à inserção da agulha na pele.

Apesar disto, os resultados obtidos com a nossa observação revelaram *scores* de dor mais baixos do que um estudo realizado por Harrison et al. (2014) no qual também foi avaliada a dor durante a administração de vacinas intramusculares, utilizando a escala FLACC. Nesse estudo, a prevalência do grau de dor avaliado situou-se entre a *dor moderada* e a *dor severa* e foram utilizadas apenas duas intervenções não farmacológicas, distração e posicionamento ao colo.

Focando agora o grupo de recém-nascidos pré-termo verificámos que no procedimento realizado com maior frequência, a punção de calcanhar, o *score* de dor obtido variou entre 0 e 4. A média e a moda coincidem no *score* 2. Verificou-se, então, que a dor provocada por este procedimento foi uma *dor ligeira*. No que diz respeito à punção venosa periférica, nos quatro casos observados o *score* de dor variou entre 1 e 3. A média situou-se no *score* 2 e a moda no *score* 1.

A realização deste projeto estabeleceu o foco nas intervenções não farmacológicas, pelo que importa analisar o impacto que estas tiveram no grau de dor observado durante a realização dos procedimentos. Assim, como já foi referido, no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes foram observadas intervenções não farmacológicas aplicadas isoladamente e de forma combinada. Na tabela 1 fazemos a síntese dos resultados relativos às intervenções não farmacológicas utilizadas na amostra de recém-nascidos de termo e lactentes analisando a sua aplicação, de forma isolada e em associação, com o grau de dor avaliado.

Intervenções não farmacológicas observadas	Score de dor (média)	Frequência absoluta de observações por intervenção
Posicionamento (colo)	3	N=2
Aleitamento materno	4	N=9
Solução açucarada	6	N=2
Distração	6	N=1
Intervenções não farmacológicas observadas	Score de dor (média)	Frequência absoluta de observações por intervenção
Distração + colo	3	N=8
Colo + SNN	4	N=4
Distração + colo + SNN	4	N=1
Distração + SNN	3	N=5
Solução açucarada + SNN	7	N=1

Tabela 1 – Relação das intervenções não farmacológicas utilizadas com o grau de dor na escala FLACC, no grupo de recém-nascidos de termo e lactentes. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

Relativamente às intervenções não farmacológicas utilizadas isoladamente, destacamos o posicionamento ao colo que obteve um *score* médio de dor de 3 e a amamentação, com uma frequência absoluta de 9 observações, que obteve um *score* médio de dor de 4. No que diz respeito ao uso de intervenções não farmacológicas de forma combinada, as combinações de distração + colo e distração + SNN, foram as que apresentaram menor *score* médio de dor.

Um estudo experimental de Cavender et al. (2004) verificou também benefícios relativamente à diminuição da dor e do medo, através do uso de forma combinada das intervenções não farmacológicas posicionamento da criança ao colo dos pais e distração.

Relacionando as duas formas de utilizar as intervenções não farmacológicas, isoladamente ou de forma combinada, verificamos que neste grupo em particular, o uso de intervenções não farmacológicas de forma combinada originou *scores* médios de dor mais baixos.

Vários estudos recentes obtiveram resultados semelhantes, comprovando que o uso de intervenções não farmacológicas de forma combinada potencia o alívio da dor (Thakkar et al., 2015; Leng et al., 2016; Gabriel et al., 2014; Yin et al., 2015).

Passando agora à análise dos resultados obtidos no grupo de recém-nascido pré-termo, destaca-se que nesta faixa etária foram sempre utilizadas intervenções não farmacológicas de

forma combinada. A combinação da contenção manual com a solução açucarada e a sucção não nutritiva merece destaque por apresentar uma frequência absoluta significativamente superior às outras combinações utilizadas. Na tabela 2 visualizam-se as combinações utilizadas e a sua relação com o *score* médio de dor observado.

Intervenções não farmacológicas	Score de dor (média)	Frequência absoluta de observações por intervenção
Contenção manual + solução açucarada + SNN	2	N=11
Solução açucarada + SNN	2	N=3
Contenção manual + SNN	2	N=2
Contenção com lençol + solução açucarada + SNN	2	N=1
Contenção com lençol + Solução açucarada	2	N=1
Contenção manual + Solução açucarada	4	N=1

Tabela 2 – Relação das intervenções não farmacológicas utilizadas com o grau de dor avaliado na escala NIPS, no grupo de recém-nascidos pré-termo. Fonte: Grelha de observação aplicada às intervenções realizadas pelos Enfermeiros.

Existe evidência de que a utilização de forma combinada das intervenções não farmacológicas contenção manual, sucção não nutritiva e soluções açucaradas proporciona redução da irritabilidade e choro durante a punção do calcanhar (Liaw et al., 2013) e diminuição dos sinais de stress avaliados através da expressão facial, contorcer o tronco ou extensão dos membros (Yin et al., 2015).

No grupo de recém-nascidos pré-termo verificaram-se graus de dor mais baixos comparativamente ao grupo de recém-nascidos de termo e lactentes estudado, o que nos induz a concluir que as intervenções não farmacológicas aplicadas poderão ter tido maior eficácia no primeiro grupo.

Por fim, e avaliando agora a relação entre as três variáveis observadas neste estudo, procedimento com agulha, intervenções não farmacológicas e grau de dor avaliado, verificou-se que no procedimento administração de vacina intramuscular o menor grau de dor avaliado foi conseguido com a combinação do posicionamento ao colo e distração, sendo a média dos *scores* de dor avaliados de 3,7 seguido da amamentação com *score* médio de dor de 4 e da combinação do posicionamento ao colo e sucção não nutritiva com igual média de *score* de dor 4. No

procedimento punção venosa a média mais baixa dos *scores* de dor avaliada foi de 2,8 e obteve-se com a combinação da distração com a sucção não nutritiva. No procedimento punção do calcanhar, a combinação da contenção manual com a sucção não nutritiva e a solução açucarada parece ser a mais eficaz no controlo da dor, tendo obtido uma média de 1,5 nos *scores* de dor avaliados.

O presente estudo apresenta algumas limitações significativas sobre as quais importa refletir. Em primeiro lugar, o facto de o método de amostragem utilizado ter sido uma amostragem não probabilística, amostra acidental ou de conveniência, não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de fazer parte da amostra, o que pode comprometer a representatividade da mesma (Fortin, 2009).

Por outro lado, as escalas de avaliação de dor usadas incluem a avaliação de parâmetros comportamentais que podem no momento da observação gerarem dúvidas, pois foram realizadas no próprio momento do procedimento. Assim, os resultados da observação poderiam ter sido analisados de forma diferente se os procedimentos realizados pelos Enfermeiros tivessem sido filmados e a avaliação do grau de dor do recém-nascido e lactente, feita através da visualização das imagens por avaliadores independentes e sem conhecimento dos propósitos do estudo, de forma a evitar enviesamento, o que requereria outras preocupações éticas, autorizações e mais recursos. Ainda assim, a honestidade intelectual como investigadores foi mantida, a observação foi realizada de forma rigorosa e o treino dessa competência foi-nos permitindo melhorar a mesma, pelo que consideramos que os resultados apresentados traduzem o observado nos diferentes contextos clínicos.

Sintetizando, através da realização deste projeto foi possível perceber os conhecimentos prévios que os Enfermeiros de três unidades de saúde distintas possuíam sobre intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida. Contribuímos para a sensibilização e promoção do uso destas intervenções através da realização de sessões de formação em equipa e da elaboração de procedimentos com as orientações específicas para a aplicação das intervenções não farmacológicas. Foi ainda possível descrever quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais dos três diferentes contextos nos procedimentos com agulha definidos, em recém-nascidos e lactentes, e avaliar o seu benefício através da avaliação do grau de dor.

Assim, após a análise e discussão dos resultados obtidos com a implementação deste projeto de Estágio, consideramos que as atividades propostas foram executadas conforme havia sido planeado e os objetivos delineados para este projeto foram atingidos.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DO ESTÁGIO I AO ESTÁGIO FINAL

A formação em Enfermagem é um processo contínuo e complexo que permite um desenvolvimento tridimensional de conhecimento que inclui o “saber”, o “saber fazer” e o “saber ser”.

Corroborando com Benner (2001, p.32), o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina como a Enfermagem consiste em “desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”.

Quando em situações de prática real se aplicam e reajustam propostas e hipóteses fundamentadas em princípios cientificamente validados, desenvolve-se a perícia e a habilidade que contribuem para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro (Benner, 2001).

A competência profissional em Enfermagem engloba três vertentes, a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional. Além disto, a competência tem uma dimensão contextualizada, ou seja, manifesta uma atuação adaptada a uma situação concreta. A contextualização das competências pressupõe ainda uma compreensão e um juízo sobre a situação que, aliados à intencionalidade da ação, mobilizam as várias componentes das competências com vista ao desenvolvimento da competência global (Alarcão & Rua, 2005).

As mesmas autoras salientam que “a situacionalidade da competência é um elemento fundamental a ter em conta se quiser seguir uma abordagem formativa centrada nas competências mais do que nos saberes” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). Mediante isto, torna-se fundamental refletir sobre as experiências práticas vividas com o intuito de desenvolver competências, que se traduzam em melhorias no desempenho profissional.

De acordo com o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tivemos oportunidade de frequentar duas unidades curriculares em

contexto de prestação de cuidados, Estágio I e o Estágio Final, os quais permitiram consolidar os conhecimentos adquiridos e aprofundados durante a fase teórica deste Curso de Mestrado e desenvolver novos saberes e competências, estabelecidos pela ponte existente entre o conhecimento teórico e o contacto com a prestação de cuidados.

Guiados pelos objetivos definidos para o Estágio I e Estágio Final, nomeadamente, evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica e descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto, reportamo-nos agora às atividades e experiências desenvolvidas enquadrando-as na aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que todo este percurso formativo possibilitou.

Acreditamos que o exercício profissional de excelência só é possível dentro do desenvolvimento contínuo e sustentado de competências. Neste capítulo pretendemos descrever e refletir sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e sobre a aprendizagem das competências de Mestre, tendo por base os contextos de prática experienciados.

3.1 Competências de Comuns de Enfermeiro Especialista

A OE define Enfermeiro Especialista como aquele que detém

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, p. 2).

O conjunto de competências que caracteriza e distingue os Enfermeiros Especialista encontra-se dividido em duas vertentes, as competências comuns e as competências específicas relacionadas com cada área de especialidade. Partindo do geral para o particular, centramo-nos primeiro na descrição e análise das competências comuns de Enfermeiro Especialista desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso formativo.

As competências comuns caracterizam-se por serem partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Centram-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e no domínio especializado da formação, investigação e assessoria. Encontram-se divididas em quatro domínios de competência que traduzem uma esfera de ação composta por um conjunto de competências com um fio condutor semelhante (OE, 2010b).

A análise das competências comuns de Enfermeiro Especialista desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem é apresentada de acordo com os quatro domínios das competências comuns, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Este domínio implica um exercício profissional seguro e ético, com recurso a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Envolve ainda uma prática com respeito pelos direitos humanos, análise e interpretação em situações específicas de cuidados especializados, com a responsabilidade de gestão de situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2010b).

Durante todos os contextos de Estágio respeitámos, em todas as situações de prestação de cuidados e de tomada de decisão, os princípios contidos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e os valores, direitos e deveres defendidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro. Além disto, a nossa conduta de atuação norteou-se, também, pelos princípios éticos básicos, nomeadamente o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Tendo em conta que a população alvo dos nossos cuidados são crianças/adolescentes, que assumem pelas suas especificidades características de especial vulnerabilidade, demos particular atenção, em todos os cuidados prestados, ao cumprimento dos direitos da criança dispostos pela Convenção dos Direitos da Criança, com especial ênfase ao interesse superior da criança que deve ter por base todas as ações e decisões que lhe dizem respeito. Realçamos dentro desta temática, os Direitos da Criança Hospitalizadas, expressos pela Carta da Criança Hospitalizada (Levy, 1996), os quais cumprimos e promovemos ao longo de toda a nossa prestação de cuidados.

Reportando ao Código Deontológico refletimos especialmente sobre o Artigo 110º acerca da humanização dos cuidados, no qual o enfermeiro tem o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p.6). Consideramos que os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assentam em dois modelos chave, o modelo de cuidado centrados na família e o modelo da parceria de cuidados. Ambos colocam a criança no centro de uma família, a qual o Enfermeiro deve incluir na prestação de cuidados com vista à otimização máxima possível da saúde de cada criança/família. Conduzimos a nossa atuação com base nestas premissas, ao longo dos diferentes contextos de Estágio, o que nos permitiu aprofundar e desenvolver este domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, promovendo em todas as circunstâncias a humanização dos cuidados prestados à criança/família.

Demos particular atenção ao cumprimento do Artigo 107º do Código Deontológico do Enfermeiro que incide no Respeito pela Intimidade, o qual procurámos cumprir durante toda a prestação de cuidados, tendo sempre como propósito o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protege-la da ingerência na sua vida privada e na sua família; salvaguardar sempre (...) a privacidade e intimidade da pessoa” (OE, 2015, p. 9). No contexto de Estágio na UCIN o cumprimento deste dever constituiu um desafio acrescido para o qual desenvolvemos estratégias. Devido ao espaço reduzido a proximidade física entre os diversos recém-nascidos e os seus pais era bastante grande, pelo que se tornava difícil estabelecer um diálogo com um pai e/ou mãe sem que a conversa fosse audível pelos restantes ocupantes da sala. Para colmatar esta dificuldade, e tendo sempre em vista o cumprimento do direito ao respeito pela intimidade, procurámos usar diferentes tons de voz, estabelecendo a diferença entre o que eram informações genéricas para todos os pais e informações particulares para cada situação, tentando estabelecer, assim, privacidade na informação transmitida. Sempre que se verificava a necessidade de abordar assuntos mais delicados encaminhávamos os pais para uma sala à entrada da unidade, a qual permitia estabelecer uma conversa particular e com garantia de total privacidade.

Concomitantemente, durante todas as fases de desenvolvimento do projeto de Estágio que acompanhou este percurso formativo, foram respeitadas todas as considerações éticas e legais inerentes à sua realização. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, bem como o consentimento informado, livre e esclarecidos dos participantes neste estudo. Foram obtidas autorizações para a realização do projeto nas três instituições onde o mesmo foi desenvolvido (Apêndice C). Foi também obtido parecer positivo da Comissão de Ética para a

Investigação Científica nas Áreas da Saúde da Universidade de Évora, para a execução do estudo (Anexo A). No decorrer do estudo não consideramos terem ocorrido situações que colocassem em causa a privacidade ou dignidade das pessoas envolvidas.

Ainda dentro deste domínio de competências e, especificamente, no âmbito da tomada de decisão ética, recordamos algumas situações em que estivemos envolvidos no processo de tomada de decisão em equipa multidisciplinar, relativamente ao internamento de crianças sobre as quais surgiram dúvidas acerca da capacidade de prestação de cuidados por parte da família, em situações específicas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é, sem dúvida, um elemento fundamental na tomada de decisão ética e deontológica em todos os momentos de cuidado à criança/família. A discussão destes casos em equipa multidisciplinar contribuiu bastante para a consciencialização da relevância da avaliação sistemática de cada situação e da importância da tomada de decisão, baseada no conhecimento ético e deontológico.

Consideramos que no desenvolvimento do domínio das competências da responsabilidade profissional, ética e legal recorremos aos juízos e conhecimentos resultantes dos doze anos de prática como enfermeiros generalistas, que agora foram agregados e desenvolvidos através do conhecimento teórico aprofundado sobre esta área específica e pelas experiências vividas e refletidas ao longo do contexto de prestação de cuidados especializados.

Domínio da Melhoria da Qualidade.

Segundo a OE (2010b) domínio da melhoria da qualidade incorpora o desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria continua da qualidade e a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

O desenvolvimento do projeto de Estágio – *Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas* – permitiu-nos desenvolver a liderança, concretização e gestão de um programa de melhoria continua, o qual visou essencialmente a melhoria dos cuidados prestados a uma população específica. Através da utilização da metodologia científica de trabalho de projeto, especificamente nas etapas iniciais deste projeto, diagnóstico de situação e planeamento conseguimos identificar oportunidades de melhoria e estabelecer prioridades de mudança adaptadas e específicas a cada um dos diferentes contextos de Estágio.

A unidade de competência B1.2 “incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (OE, 2010, p.6) foi desenvolvida através da elaboração de normas de procedimento nos diferentes contextos, incorporadas na temática do projeto de Estágio desenvolvido, com o intuito de sintetizar informação atual e relevante e contribuir para a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Roque, Bugalho & Vaz (2007) as normas constituem a base de referência para programas de qualidade em saúde.

No contexto de Estágio em cuidados de saúde primários, a UCSP, a necessidade aferida neste âmbito levou à elaboração de uma norma de Enfermagem sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal. Nesta norma foi fundamentado e descrito o procedimento inerente à colheita de sangue para o rastreio neonatal, dando ênfase às intervenções não farmacológicas que devem ser aplicadas durante a realização deste procedimento. Na UUP verificou-se que já existia um procedimento sobre intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos, contudo encontrava-se desatualizado. Neste contexto, foi realizada a atualização da norma existente, atualizando, desta forma, as indicações sobre as intervenções não farmacológicas a realizar em procedimentos dolorosos neste serviço. Por último, no contexto de Estágio da UCIN, verificámos que também não existia norma de procedimento sobre esta temática, pelo que elaboramos uma norma de procedimento sobre as intervenções não farmacológicas a realizar em recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos, dando relevo às especificidades inerentes ao controlo da dor em recém-nascidos pré-termo.

As normas de procedimentos elaboradas (Apêndices K, L, M) possibilitaram atingir os critérios de avaliação de competências B1.2.3. “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática; B2.3.2. Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes” (OE, 2010b, p. 6).

Ainda dentro do domínio da melhoria da qualidade tivemos oportunidade de participar e colaborar num projeto institucional na área da qualidade que se encontrava a decorrer na UCSP durante o nosso contacto com esta unidade. Tratou-se da implementação do projeto “Cantinho da Amamentação” que já se encontrava em curso antes do início do Estágio, mas concretizou-se durante a nossa permanência nesta unidade.

O projeto do Cantinho da Amamentação desenhou como objetivos melhorar as práticas e taxas de aleitamento materno a nível local e aumentar a confiança e satisfação dos pais para com o aleitamento materno. Este projeto materializou-se na criação de um espaço dentro da UCSP onde as utentes podem amamentar, utilizar os equipamentos existentes bem como receber o

aconselhamento de Enfermeiras Conselheiras em Aleitamento Materno, disponíveis para apoiar, esclarecer dúvidas e ajudar a resolver eventuais problemas relacionados com a amamentação.

Tratou-se de um projeto multidisciplinar cuja liderança foi levada a cabo pela Enfermeira Orientadora do nosso estágio nesta UCSP. A participação neste projeto permitiu-nos colaborar na organização do espaço criado e do material nele disponível para utilização das mães. Percebemos e colaboramos na dinâmica estabelecida com as parcerias criadas para gerar apoios à realização do projeto, nomeadamente com os órgãos autárquicos locais e laboratórios de dispositivos médicos que facilitaram a parte financeira e material necessária para a execução do projeto. Estivemos presentes na inauguração do Cantinho da Amamentação o que nos permitiu perceber toda a dinâmica necessária para a concretização de um projeto desta envergadura.

Após a entrada em funcionamento do Cantinho da Amamentação tivemos oportunidade de acompanhar o aconselhamento em aleitamento materno efetuado às mães que recorriam a esta nova valência o que nos possibilitou desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista, que serão abordadas adiante neste Relatório. A criação deste espaço gerou, ainda, contributos positivos na implementação do projeto de Estágio, uma vez que durante a administração de vacinas intramusculares a lactentes, na sala de vacinação não existiam condições físicas adequadas a promover a amamentação durante a administração da vacina. Após a criação deste espaço, as mães que amamentavam eram dirigidas para o Cantinho da Amamentação, onde confortavelmente amamentavam os seus filhos e a administração da vacina era feita nesse local, possibilitando, assim, o uso da amamentação como intervenção não farmacológica de alívio da dor.

Ainda dentro deste domínio de competências, ao longo de todos os contextos de Estágio procurámos promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das crianças e famílias. A travessia dos diferentes contextos de Estágio possibilitou-nos o desenvolvimento desta competência com especial relevo para o contexto da UUP que, pelas características da população da sua área geográfica de abrangência, nos possibilitou o contacto com crianças e famílias com diferentes necessidades culturais e espirituais. Adotamos sempre uma postura de promoção da sensibilidade e respeito pela identidade cultural e espiritual, envolvendo a família no sentido de assegurar a satisfação destas necessidades, possibilitando um ambiente seguro e terapêutico.

Sintetizando, a participação e colaboração nas atividades descritas durante o nosso percurso de aprendizagem foi uma mais valia, na medida em que permitiu o desenvolvimento de

competências na área da melhoria da qualidade, através do desenvolvimento e participação em projetos institucionais e programas promotores da melhoria dos cuidados.

Domínio da Gestão dos Cuidados.

Este domínio envolve as competências de gestão dos cuidados com vista à otimização da resposta da equipa de Enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Inclui ainda a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados, adotando o estilo de liderança mais adequado à situação, promovendo a qualidade dos cuidados (OE, 2010b).

Desenvolvemos estas competências através da promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, responsabilidade e evidenciando a importância e impacto dos cuidados de Enfermagem, quer junto dos Enfermeiros quer junto de outros profissionais e também das crianças e famílias.

A implementação do projeto de Estágio constituiu uma oportunidade de desenvolvimento destas competências, otimizando os recursos disponíveis de acordo com as necessidades dos cuidados. Além disto, promovemos em todo o percurso a supervisão e orientação das tarefas delegadas, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Apesar disto, consideramos que a maior oportunidade de desenvolvimento do domínio da gestão dos cuidados surgiu no contexto da UUP, uma vez que a Enfermeira Orientadora neste Estágio era chefe de equipa o que nos possibilitou observar, compreender e participar na otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados identificadas.

O papel do Enfermeiro Chefe de equipa num contexto de UPP é bastante exigente e necessita de uma mobilização constante das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, especificamente no domínio de competência de gestão dos cuidados. Cabe a este elemento coordenar recursos humanos e materiais, supervisionar a coordenar os cuidados prestados nos diferentes postos de trabalho, assumindo a responsabilidade máxima pela qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados pela equipa que gere durante o respetivo turno. Citando Costa (2004, p.238), o enfermeiro chefe de equipa “tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o

desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade”. Conseguimos observar o desempenho de todos estes aspetos, através da prestação de cuidados da Enfermeira Orientadora no contexto de Estágio na UUP, com a qual aprendemos e desenvolvemos as competências inerentes a esta função.

A oportunidade de colaboração com a Enfermeira Chefe de Equipa permitiu operacionalizar este domínio de competências explorando os critérios de avaliação “C2.1.3. organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados; C2.1.4. negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; C2.1.6. utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2010, p.9).

O contexto clínico da UCSP possibilitou também o aprofundamento desta competência. A Enfermeira Orientadora neste Estágio era responsável pela área da Saúde Infantil da UCSP o que nos permitiu colaborar na gestão, organização e otimização de recursos materiais nesta área, melhorando o espaço e as condições de atendimento à criança/jovem e família nesta unidade.

O desenvolvimento de competências na área de gestão dos cuidados foi, sem dúvida, uma mais valia neste percurso de aprendizagem, uma vez que, assumimos com alguma frequência o papel de Enfermeiro Responsável de turno na nossa prática diária, o qual estamos agora mais capacitados para desempenhar, aplicando todos os contributos que esta experiência formativa proporcionou.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento deste domínio das competências comuns de Enfermeiro Especialista inclui o autoconhecimento e assertividade e uma prestação de cuidados especializados, assente em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010b).

Apurámos a autoconsciência e o autoconhecimento através da análise e reflexão do nosso percurso enquanto pessoa e Enfermeira, a mobilização das experiências vivenciadas ao longo dos doze anos de prática profissional que antecederam este momento formativo aglutinaram-se ao percurso agora vivenciado. Este processo permitiu-nos aprofundar a capacidade de autoconhecimento que é central na prática de cuidados de Enfermagem, percebendo a interação na relação com o outro no contexto profissional e organizacional. Relembramos a importância do

conhecimento pessoal, definido por Carper (1978) como o padrão de conhecimento relacionado com o autoconhecimento e a sua atualização constante, considerado essencial na prática da Enfermagem que se desenvolve como um processo interpessoal que engloba interações, relações e transações entre o enfermeiro e o cliente.

Através do projeto de Estágio aprofundámos práticas de pesquisa avançada e com base na evidência, que sustentaram todo o projeto e permitiram aprofundar conhecimentos atuais e pertinentes. Também no âmbito do desenvolvimento do projeto de Estágio atuámos como agentes facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho, na área de especialidade, através da realização das sessões de formação realizadas nos três contextos de Estágio, o que nos possibilitou o cumprimento dos critérios de avaliação desta unidade de competência: “D2.1.1 atua como formador oportuno em contexto de trabalho (...); D2.1.2. diagnostica necessidades formativas; D2.1.3. concebe e gera programas e dispositivos formativos; D2.1.5. avalia o impacto da formação” (OE, 2010b, p.10). Acreditamos ter desta forma promovido a incorporação de novos conhecimentos no contexto da prestação de cuidados tendo em vista melhorias na qualidade dos mesmos.

No decorrer dos Estágios aqui reportados, considerámos pertinente participar em Congressos e Formações que contribuíssem para o desenvolvimento de uma base sólida de conhecimentos capazes de sustentar uma prestação de cuidados especializada. Assim, estivemos presentes numa sessão formativa sobre vacinas “Informações sobre Sarampo; Novas Vacinas” (Anexo D), participamos no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia (Anexo E) e no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na vulnerabilidade (Anexo F).

Na sessão formativa sobre vacinas foram abordados conceitos gerais sobre o Sarampo, nomeadamente sobre sinais e sintomas, complicações e epidemiologia. Atendendo a que até ao mês que precedeu esta formação (abril de 2017) haviam sido confirmados 28 casos de sarampo em Portugal, sendo um assunto bastante abordado na comunicação social na altura, facto que despoletou bastantes dúvidas e receios nos pais e crianças. Esta formação permitiu-nos aprofundar conhecimentos que possibilitaram um aconselhamento mais eficaz e sustentado os pais e crianças que nos exponham, constantemente, dúvidas sobre esta patologia. Nesta formação foram ainda abordadas novas vacinas que estão em desenvolvimento, contra patologias como o Dengue, Zika, Ébola e Malária.

No 1º Congresso Multidisciplinar do Hospital Dona Estefânia, existiram várias sessões em simultâneo de vários grupos profissionais, sendo que demos preferência às sessões direcionadas à

Enfermagem. Para o nosso percurso formativo assumiu especial interesse neste Congresso, uma sessão sobre o controlo da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Saliemos, além desta, duas sessões, uma sobre dotações seguras na transformação dos cuidados e outra sobre desenvolvimento sustentado e cuidados centrados na família, que contribuiram para o aprofundar de conhecimentos no âmbito deste modelo de cuidados fundamental na assistência à criança/jovem e família.

O Encontro de Enfermeiros de Neonatologia focado na temática da importância do cuidar para o neurodesenvolvimento na vulnerabilidade foi extremamente importante na aquisição de conhecimento na área específica dos cuidados ao recém-nascidos pré-termo. Dos temas abordados salientamos: “técnicas de alimentação no recém-nascido pré-termo”, “método canguru: a importância da voz materna em bebés vulneráveis” e “o posicionamento e o neurodesenvolvimento”. A prestação de cuidados numa unidade de neonatologia requer bastantes conhecimentos teóricos e práticos sobre as especificidades desta área. A presença neste momento formativo permitiu-nos agregar conhecimentos fundamentais para a nossa prestação de cuidados no contexto da UCIN.

Em suma, todos estes momentos geraram contributos fulcrais para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cimentando os processos de tomada de decisão em conhecimentos sólidos e especializados. Estamos, por isso, convictos de que adotamos uma prática profissional baseada na evidência que conduziu à excelência nos cuidados prestados.

3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com a OE (2010) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, trabalha em parceria com este binómio em qualquer que seja o contexto em que se encontre, com o intuito de promover o melhor estado de saúde possível. Assume o foco na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e procura pela satisfação da criança/família, proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos de suporte à criança/família.

Sabemos que a Enfermagem como disciplina científica focada na prática exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos, que devem ser continuamente aprofundados e desenvolvidos através de processos de reflexão, concetualização e pesquisa, que permitam sustentar e guiar o exercício profissional.

As competências específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são: “assiste a criança/jovem com a 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, 2010, p. 2). Estas três competências encontram-se subdivididas em várias unidades de competências com os respetivos critérios de avaliação. A descrição e análise das atividades e experiências vividas ao longo do percurso formativo foram enquadradas nas competências supramencionadas.

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

Esta competência considera a natural dependência da criança e a sua progressiva autonomia, dentro da dinâmica criança/família. Foca-se numa parceria de cuidados estabelecida entre o Enfermeiro Especialista e a criança/família promotora da otimização da saúde e da parentalidade (OE, 2010).

Consideramos ter desenvolvido e trabalhado esta competência ao longo das duas Unidades Curriculares, Estágio I e Estágio Final. Em relação à unidade de competência E1.1. que destaca a importância de estabelecer em parceria um plano promotor da parentalidade, destacamos o contexto da UCSP como o principal motor de desenvolvimento desta unidade de competência.

Realizámos durante o nosso percurso formativo no contexto de cuidados de saúde primários um Estudo de Caso, cujo alvo foi uma família constituída por um recém-nascido e seus pais. O estudo de caso constitui um método amplo que permite ser aplicado numa grande variedade de problemas contribuindo, assim, de uma forma sólida, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio em Enfermagem. Este método permite um maior envolvimento e conhecimento do profissional com a situação observada e tem como objetivo descrever, entender, avaliar e explorar essa situação e, posteriormente, estabelecer ações (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

No estudo de caso realizado, para a apreciação da família seguiu-se o referencial teórico o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família e para a caracterização socioeconómica da família foi utilizada a Escala de *Graffar*. A apreciação do recém-nascido foi feita seguindo os parâmetros a avaliar mencionados no PNSIJ para esta faixa etária e complementada através do exame físico do recém-nascido e da informação fornecida pelo Boletim de saúde Infantil e Juvenil. No que diz respeito à avaliação do desenvolvimento do recém-nascido, foi utilizada a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, uma vez que é a escala de referência do PNSIJ.

Após analisar os dados relativos à apreciação da criança/família em estudo, foram identificados os diagnósticos de Enfermagem em conformidade com CIPE versão 2 e respetivas intervenções de Enfermagem fundamentadas nas competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (Apêndice P).

O recém-nascido alvo deste estudo de caso estabeleceu vários contactos com a UCSP durante o período de duração do Estágio, pelo que foi possível avaliar os cuidados planeados e executados a esta família.

O processo de elaboração deste estudo de caso e a aplicação do plano de cuidados de Enfermagem estabelecido permitiu-nos desenvolver os critérios de avaliação definidos para unidade de competência E1.1, especificamente:

“E1.1.1 negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar; E1.1.2. comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (...) E1.1.4. proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5 procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar” (OE, 2010, p. 3).

Além disto, o processo de pesquisa e elaboração deste estudo de caso permitiu, ainda, adquirir competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e na promoção da vinculação entre o recém-nascido e família.

No que concerne à unidade de competência E1.2. “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010, p. 3), foi amplamente desenvolvida ao longo do Estágio Final, na UUP e na UCIN, contudo destacamos o papel desempenhado pela experiência na triagem da UUP como fulcral para a capacidade de diagnosticar precocemente doenças comuns e situações de risco.

O objetivo geral do sistema de triagem instituído na UUP é assegurar a avaliação da situação de saúde da criança e providenciar o tratamento/encaminhamento adequado. Além disto, este sistema pressupõe avaliar a situação de saúde da criança, excluindo ou não a presença de situações potencialmente ameaçadoras, estabelecer prioridades no atendimento de acordo com a gravidade da situação, encaminhar a criança para o local de atendimento adequado e ensinar os pais/cuidadores a adotar medidas face à situação apresentada pela criança.

A prestação de cuidados na triagem é de extrema importância pois constitui o primeiro contacto da criança/família com a unidade de saúde, onde o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é preponderante. Neste contexto conseguimos estabelecer prioridades no atendimento da criança, efetuámos o encaminhamento adequado a cada situação, realizámos ensinamentos pertinentes e necessários em cada situação e assegurámos o início da prestação de cuidados de enfermagem à criança/família, de acordo com a situação, tendo por base os protocolos de atuação existentes, de forma a evitar o agravamento do estado de saúde da criança.

O contacto com o sistema de triagem existente nesta UUP foi bastante proveitoso, uma vez que, sendo diferente do sistema de triagem implementado no serviço onde desempenhamos funções nos permitiu refletir sobre os critérios de atribuição de prioridades, aprofundar a capacidade de avaliação inicial da criança/família e adequar a prestação de cuidados de Enfermagem iniciais em cada situação. Acreditamos que o desenvolvimento de competências neste campo específico contribuiu para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

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

O desenvolvimento desta competência específica envolve a mobilização de recursos oportunos para cuidar da criança/jovem e família em situações complexas e de particular exigência, utilizando um largo manancial de abordagens e terapias (OE, 2010).

A unidade curricular Estágio Final, por ter sido desenvolvida em contexto hospitalar, permitiu um grande desenvolvimento desta competência. Observámos e colaborámos na prestação de cuidados em situações especialmente complexas, com instabilidade das funções vitais e risco de vida para a criança. Recordamos uma experiência vivenciada no contexto da UCIN, na qual prestámos cuidados a um recém-nascido de termo com uma instalação súbita e grave de instabilidade hemodinâmica provocada por uma coartação da aorta.

A coartação da aorta é uma malformação congénita que ocorre em 2,5 a 4 recém-nascidos em cada 10 mil nascimentos e é mais frequente nos rapazes. Existem dois tipos de coartação da aorta, as coartações críticas que causam sintomas graves de insuficiência cardíaca e choque até aos dois meses de idade e a coartação assintomática que se apresenta mais tarde, normalmente através de hipertensão nos membros superiores. Nas coartações da aorta graves verifica-se através do ecocardiograma uma hipertrofia do ventrículo esquerdo. Além disto, as diferenças na avaliação da tensão arterial nos quatro membros podem também sugerir alterações que apontem para esta patologia. O tratamento é invariavelmente a correção cirurgica da zona da coartação (Hollman, 2017).

Esta experiência possibilitou-nos a mobilização de conhecimentos e habilidades necessários para a rápida identificação de focos de instabilidade, de forma a conseguir dar uma resposta rápida e adequada e, se possível, antecipatória. Os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico foram também exercitados neste caso.

A vivencia desta situação tornou-se desafiadora tanto na área prática, do “saber fazer”, pelos conhecimentos práticos mobilizados e aprofundados como no campo emocional, mobilizando o “saber estar”. Esta experiência assumiu um importante foco de desenvolvimento emocional, pela necessidade de gerir emoções, transmitir apoio e suporte aos pais que presenciaram toda a situação.

Entendemos que o papel de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, numa situação de especial gravidade como a descrita, transcende a prestação dos cuidados de Enfermagem diretos à criança e abarca a família que se encontra numa situação de

especial vulnerabilidade. Procurámos corresponder a este importante papel, transmitindo informação aos pais, promovendo o suporte emocional e estratégias promotoras de esperança.

A unidade de competência direcionada para a gestão da dor e do bem-estar acompanhou todo o projeto de Estágio desenvolvido e é sem dúvida a área em que aprofundamos mais conhecimentos, devido a todo o investimento feito em pesquisa avançada e procura constante pela mais recente evidência sobre a temática.

Aprofundámos conhecimentos relativos aos cuidados de Enfermagem apropriados em doenças raras, nomeadamente no caso de uma doença metabólica rara, a hiperglicemia não cetónica. Durante o período de Estágio na UCIN prestamos cuidados a um recém-nascido de termo com esta doença, sobre a qual sentimos necessidade de procurar conhecimentos que nos possibilitassem uma prestação de cuidados especializada e adequada a este recém-nascido e família.

A hiperglicemia não cetótica é uma doença metabólica de carácter hereditário, caracterizada pelo aumento da glicina nos líquidos corporais, o que conduz a manifestações neurológicas precoces e graves no período neonatal (entre seis horas a oito dias após o nascimento) e incluem a hipotonia, letargia, incapacidade na sucção e dificuldade alimentar, mioclonias e convulsões. A taxa de sobrevivência é baixa, sendo que a maioria dos recém-nascidos afetados por esta patologia acaba por falecer nas primeiras semanas de vida (Gonçalves, Moraes & Faria, 2008).

O caso vivenciado apresentou um quadro de agravamento bastante severo, com os primeiros sintomas de letargia e mioclonias a surgirem cerca de 12 horas após o nascimento, nas 8 horas seguintes instalou-se um quadro de coma profundo. Este agravamento abrupto do estado deste recém-nascido exigiu uma prestação de cuidados de Enfermagem num contexto de especial complexidade. A mãe deste recém-nascido necessitou também de bastante suporte emocional, gestão de expectativas e de esperança e acompanhamento informativo acerca de todos os cuidados prestados. Verificou-se um empenho de toda a equipa de Enfermagem no suporte a esta mãe, no qual também colaborámos, adquirindo experiências e mobilizando conhecimentos necessários para promover suporte parental nestas circunstâncias.

No âmbito da unidade de competência E2.5 “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010, p.4), ao longo das experiências formativas vividas não nos deparamos com situações de doença oncológica ou deficiência/incapacidade em nenhum dos contextos. Contudo, conseguimos desenvolver

competência no acompanhamento de crianças/famílias com doença crónica, nomeadamente através do contacto com crianças com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 1. Esta experiência de aprendizagem permitiu-nos aprofundar capacidades de diagnóstico de necessidades especiais decorrentes da doença crónica, de capacitação da criança/família na adoção de mecanismos e estratégias de acordo com a situação e na adequação do suporte familiar e económico.

Desenvolvemos ao longo de todo o percurso competências que nos possibilitam promover cuidados com vista à otimização dos ganhos em saúde.

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

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica acompanha as especificidades e exigências do desenvolvimento das etapas desta fase do ciclo vital, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação à juventude (OE, 2010).

As aprendizagens desenvolvidas no contexto de cuidados de saúde primários permitiram-nos adquirir competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Na UCSP participámos bastante em consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, as quais consideramos um contexto ótimo de desenvolvimento destas competências.

A identificação precoce de alterações no desenvolvimento é preponderante para o bem-estar das crianças e suas famílias, o papel das consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários é fundamental nesta avaliação e reavaliação constantes (AAP, 2006b).

Seguindo o PNSIJ (DGS, 2013), a saúde não depende em exclusivo da prestação de cuidados, mas também da influência do ambiente social, biofísico e ecológico. Assim, são aspetos prioritários na vigilância de saúde a deteção e apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, situações de risco ou vulnerabilidade, redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e, acima de tudo, a capacitação dos pais e/ou cuidadores principais uma vez que são os primeiros prestadores de cuidados à criança.

“No decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população” (DGS, 2013, p. 9) Assim, a nossa participação nas consultas de vigilância

de Saúde Infantil e Juvenil cumpriram com o recomendado pelo PNJIS, nomeadamente, avaliar o crescimento e desenvolvimento; estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde como a nutrição adequada, prática regular de exercício físico e prevenção de consumos nocivos; promoção de medidas de segurança; promoção do cumprimento do PNV, da saúde oral, da prevenção de perturbações emocionais e do comportamento; prevenção de acidentes e intoxicações. Procurámos ainda detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida, prevenir, identificar e abordar as doenças comuns das várias idades da infância, com enfoque na capacitação dos pais e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013).

A participação nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil permitiu-nos aprofundar competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e transmitir orientações antecipatórias às famílias, fomentando a maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem.

Acrescentamos ainda que o aprofundar de competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil permitiu-nos uma mudança no nosso “olhar” avaliativo da criança. Durante toda a nossa experiência profissional até ao momento, desempenhamos funções em contexto hospitalar, sendo o nosso contato, a esmagadora maioria das vezes, com crianças doentes. Esta experiência nos cuidados de saúde primários permitiu-nos desenvolver um outro “olhar” para com a criança/família, bem diferente daquele a que estamos habituados no nosso contexto diário e que necessita de uma avaliação e prestação de cuidados bem distintos, focados nos aspetos da promoção da saúde e prevenção da doença.

No decorrer das consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil verificámos a necessidade de existir material de apoio para fornecer informações adequadas e atualizadas acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida. A Enfermeira Orientadora concordou com esta necessidade, pelo que propusemos a realização de um folheto informativo acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida (Apêndice Q). A elaboração deste folheto foi também validada e acompanhada pelo Docente orientador do Estágio.

A diversificação alimentar deverá começar a partir dos 5 a 6 meses de vida tendo em conta aspetos nutricionais e de desenvolvimento do lactente, de modo a suprir adequadamente as necessidades nutricionais e a permitir a transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar (Guerra Et al., 2012).

A elaboração deste documento foi discutida e acompanhada pela Enfermeira Orientadora e possibilitou a transmissão de informação concisa e atualizada às mães/pais de lactentes que recorriam aquela consulta. Contou também com a aprovação da diretora da UCSP e foi reconhecido como uma mais valia pela restante equipa de Enfermagem. Ainda no decorrer do Estágio, começou a ser entregue durante as consultas de vigilância com os devidos esclarecimentos por parte do Enfermeiro e perspectiva-se que assim continue.

A unidade de competência E3.2. “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de recém-nascidos doentes ou com necessidades especiais” (OE, 2010, p. 5), foi amplamente desenvolvida, em particular no contexto de Estágio na UCIN mas também na UCSP.

Na UCIN todos os recém-nascidos internado necessitavam de cuidados especiais, quer pela prematuridade ou, sendo de termo, por apresentarem situações clínicas que os impediam de continuar junto das suas mães na maternidade, por necessitarem de maior vigilância e cuidados de Enfermagem especializados.

O internamento de um recém-nascido numa unidade de neonatologia pode constituir uma dificuldade na vinculação entre este e os seus progenitores. Os pais/família de recém-nascidos internados numa UCIN merecem especial atenção por parte dos profissionais de saúde por apresentarem dificuldades em cuidar do seu filho, estarem prejudicados na sua autoestima e autoconfiança na capacidade e criar (Tronchin & Tsunehiro, 2005).

Assim, durante o Estágio neste contexto procurámos avaliar o desenvolvimento da parentalidade, promover o contato físico entre os pais e o recém-nascido, promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido e promover a amamentação.

A promoção da amamentação foi um dos critérios de avaliação desta unidade de competência bastante trabalhado. Os indicadores nacionais de sucesso de aleitamento materno estão longe do desejável, acreditamos que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é fundamental no seu melhoramento.

Segundo um estudo realizado pela DGS (2014), os dados de aleitamento materno exclusivo até aos 2 meses de idade são de 51,6%, até aos 4 meses de 35% e aos 6 meses de idade de apenas 22%. Tendo em conta que a OMS preconiza o aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses de idade os dados nacionais encontram-se longe do desejável.

O facto de na UCSP onde decorreu o Estágio I existir um espaço dedicado ao aconselhamento em aleitamento materno, o Cantinho da Amamentação, permitiu-nos observar e participar várias vezes neste processo, esclarecendo as dúvidas das mães, promovendo a vinculação entre a mãe e o recém-nascido e promovendo a aleitamento materno através da ênfase nos seus benefícios para a criança. Estamos convictos de que o empenho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção do aleitamento materno trará melhorias significativas a este nível.

Transversalmente a todos os contextos de aprendizagem, e ao longo de toda a nossa experiência profissional, desenvolvemos competências na comunicação com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e respeitando os seus princípios culturais.

Por fim, ainda dentro desta competência, a promoção da autodeterminação nas escolhas relativas à saúde do adolescente foi trabalhada no contexto da UUP. Nos restantes estágios não se proporcionaram oportunidades de contato com adolescentes, no entanto na UUP uma parte significativa da população que recorre a este serviço situa-se nesta faixa etária.

Baseando-nos apenas na nossa observação, nos turnos que realizámos na UUP os motivos mais frequentes de recorrência à UUP de adolescentes foram traumatismos dos membros e perturbações de ansiedade. A OE (2011) destaca o número crescente de crianças/adolescente com perturbações emocionais e comportamentais. Neste âmbito procurámos desenvolver intervenções relacionadas com as competências específicas definidas pelos critérios de avaliação E3.4.1 “facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.3. identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; E3.4.4 reforçar a tomada de decisão responsável E3.4.5 negocia contrato de saúde com o adolescente” (OE, 2010, p.5).

Em suma, o percurso de aprendizagem vivenciado ao longo das duas unidades curriculares práticas, Estágio I e Estágio Final, possibilitou-nos desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este desenvolvimento foi sempre acompanhado por uma reflexão e avaliação dos cuidados prestados e das situações vividas, com o intuito de melhorar a qualidade e segurança, rumo à excelência dos cuidados.

Corroboramos com Cabete (2007, p.5) que refere que

“refletir sobre a (sua) prática faz parte do (seu) processo de formação. Todo o trabalho será o de tentar «parar para pensar», olhando a sua prática de forma crítica, usando o

distanciamento necessário para se observar a si mesmo e a coragem suficiente para se questionar”.

Estamos convictos de que os momentos reflexivos acerca de todo o percurso desenvolvido geraram contributos e sedimentaram as competências desenvolvidas e experienciadas na prática.

3.3. Competências de Mestre

Desenvolvemos todo o nosso percurso formativo centrados nos objetivos gerais definidos para este curso de Mestrado em Enfermagem, que sumariamente relembramos: desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação e a uma prática baseada na evidência; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipa e de projetos e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. Analisando retrospectivamente o nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento, consideramos ter atingido globalmente os objetivos gerais definidos para este Curso de Mestrado.

Tendo por base o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, especificamente o Artigo 15º que define as competências necessárias para obtenção do grau de Mestre, analisamos agora as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso e o seu enquadramento nas competências de Mestre.

O estudo descritivo desenvolvido durante a implementação do projeto de Estágio, que visou descrever as intervenções não farmacológicas aplicadas em procedimentos com agulha a recém-nascidos e lactentes e avaliar o seu benefício através da avaliação do grau de dor, permitiu-nos desenvolver competências de Mestre no que concerne à construção de uma base de conhecimentos em contexto de investigação.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, mobilizámos os saberes relacionados com o processo de investigação, métodos e técnicas de recolha de dados, processo de análise e tratamento de dados e discussão e síntese dos resultados obtidos. Antecipa-se a vontade de

divulgação dos resultados obtidos com este estudo, dando continuidade ao dever de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios que o grau de Mestre impõe.

A execução de um projeto de Estágio transversal a três contextos tão distintos, atravessando dois níveis de prestação de cuidados, dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares, permitiu-nos atingir a competência de Mestre que se refere a “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados (...) relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174). O processo de diagnóstico de situação realizado, fundamentado na metodologia científica de trabalho de projeto, contribuiu para definir de forma rigorosa as necessidades específicas nos diferentes contextos, dentro da mesma temática. Foram planeadas e executadas atividades durante o desenvolvimento do projeto que acreditamos terem contribuído para a resolução do problema, ou seja, promover o uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida.

A habitual complexidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e família, que impõe uma frequente prática reflexiva sobre as responsabilidades éticas e sociais conduziu ao desenvolvimento da terceira competência de Mestre, na qual se enfatizam as capacidades de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas. O desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal coadjuvou a aquisição desta competência de Mestre.

Consideramos que a aquisição de competências de Mestre afigurou-se como um processo contínuo para o qual contribui todo o percurso de aprendizagens deste Curso de Mestrado em Enfermagem, quer na parte inicial, ao nível teórico, quer na parte final, ao nível do contacto com a prática. Assim, durante a parte teórica, especificamente na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, realizámos um artigo científico de revisão integrativa, o qual foi, já no decorrer da parte final deste Mestrado, publicado na revista RIASE – Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento, intitulado “*Preservação do direito à privacidade: percepção do doente internado – revisão integrativa*” (Apêndice R).

A elaboração deste artigo de revisão integrativa, objetivou conhecer a perspetiva dos doentes internados acerca do seu direito à privacidade. Analisaram-se nove estudos, dos quais quatro de abordagem quantitativa e cinco de abordagem qualitativa. Desta análise destacou-se que as dimensões da privacidade que mais vezes sofrem infrações são a dimensão física e informacional. Aspectos relativos ao espaço físico foram ainda referidos como fatores que influenciam

negativamente a preservação da privacidade. Acreditamos que o empenho na realização e publicação deste artigo, contribuiu para o desenvolvimento da quarta competência de Mestre que foca a importância da disseminação do conhecimento.

Por último, destacamos a quinta competência de Mestre que se centra no desenvolvimento autónomo e auto-orientado de aprendizagens ao longo da vida. Este percurso de aprendizagens foi marcado por uma procura intensa pelo conhecimento e pela mais recente evidência científica sempre com o intuito final de contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem. Este Relatório de Estágio espelha parte do investimento em pesquisa e investigação feitos ao longo do Curso de Mestrado.

O terminar desta etapa de aprendizagem não marca o fim, mas sim o início de um importante desafio, estamos convictos de que o grau de Mestre e o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aumentam as nossas responsabilidades profissionais e que a procura constante pelo conhecimento e pela excelência dos cuidados será um objetivo permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controlo da dor na criança assume-se como um imperativo ético de todos os profissionais de saúde. Conhecidas as consequências negativas, imediatas e a longo prazo, que a dor pode provocar em crianças é fundamental atuar na sua prevenção e controlo, que se encontram intimamente ligadas à promoção do conforto.

A dor provocada por procedimentos é uma dor aguda e nas crianças apresenta-se como a maior causa de dor, devido à elevada frequência de realização de procedimentos dolorosos. Dentro destes destacam-se os procedimentos com agulha, pois são aqueles que se realizam com maior frequência no primeiro ano de vida da criança, quer para efeitos profiláticos, diagnósticos ou terapêuticos.

O controlo da dor em procedimentos como a administração de vacinas intramusculares, a punção venosa e a punção do calcanhar, pode e deve ser otimizado através de um conjunto de intervenções não farmacológicas aprovadas e validadas como eficazes no alívio da dor. A fraca adesão e sensibilização por parte dos Enfermeiros à utilização destas estratégias, que identificámos através do enquadramento concetual, aliados ao interesse particular pela área, conduziram-nos a trabalhar esta problemática que se inscreve na linha de investigação “Necessidades em cuidados de Enfermagem em Populações Específicas”.

O desenvolvimento do projeto de estágio – *Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas* – acompanhou de forma transversal os as unidades curriculares Estágio I e Estágio Final e assumiu-se como a atividade central desenvolvida aos longo dos três contextos de Estágio. Permitiu-nos, por isso, analisar a problemática estudada nos diferentes níveis de cuidados, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e, por conseguinte, desenvolver e adquirir competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre.

Ambicionámos com este Projeto, de uma forma geral, contribuir para a promoção da utilização de intervenções não farmacológicas. Procurámos sensibilizar as equipas de Enfermagem dos diferentes contextos de Estágio para a utilização de intervenções não farmacológicas e pretendemos, também, descrever as intervenções não farmacológicas realizadas pelos profissionais em procedimentos com agulha e avaliar o seu benefício, o que contou com a realização um estudo de desenho descritivo.

Seguimos as etapas que compõe a metodologia de trabalho de projeto. Através do diagnóstico de situação conseguimos apurar que os Enfermeiros que constituíram a amostra que respondeu ao questionário elaborado, conheciam apenas 45% das intervenções não farmacológicas existentes e adequadas ao alívio de dor em procedimentos dolorosos. Verificámos ainda que quando questionados sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, os Enfermeiros referiam usar ainda menos intervenções, comparativamente às que tinham referido conhecer previamente.

Apuramos através da relação entre a caracterização sociodemográfica da amostra e as respostas obtidas, que existia uma relação favorável entre os Enfermeiros que possuem Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica e o conhecimento acerca das intervenções não farmacológicas. Relativamente à experiência profissional não se encontrou relação entre o maior tempo de experiência e o conhecimento acerca das intervenções não farmacológicas, surpreendentemente, os enfermeiros com menos tempo de exercício de funções no respetivo serviço foram os que, em média, referiram conhecer maior número de intervenções não farmacológicas.

As atividades e estratégias implementadas ao longo do projeto alcançaram os resultados pretendido. Foram efetuadas três sessões de formação em serviço, uma em cada contexto, sobre a temática que obtiveram elevada adesão por parte das equipas de Enfermagem. Proporcionaram o aumento dos conhecimentos destes profissionais sobre o tema abordado e fomentaram o aumento da utilização das intervenções não farmacológicas nestes serviços.

Realizámos, também, durante a fase de execução deste projeto normas de procedimento sobre as intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos, que contribuíram para a uniformização e melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

O estudo descritivo que realizámos, como parte integrante do projeto de Estágio, possibilitou, também, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista e adquirir

competências de Mestre. Este estudo objetivou a descrição das intervenções não farmacológicas realizadas pelos Enfermeiros dos três serviços, em procedimentos com agulha a recém-nascido e lactentes e analisar os seus benefícios através da avaliação do grau de dor.

Percebemos, através dos resultados obtidos que a presença dos pais durante a realização de procedimentos se verificou em todas as observações realizadas na UCSP e na UUP, ao passo que, na UCIN apenas em 20% dos procedimentos realizados os pais estavam presentes. Em recém-nascidos e lactentes as intervenções não farmacológicas mais vezes realizadas foram o posicionamento ao colo, a distração e a administração de soluções açucaradas. No grupo de recém-nascidos pré-termo as intervenções não farmacológicas mais vezes observadas foram a contenção manual, a sucção não nutritiva e a administração de soluções açucaradas.

Através deste estudo concluímos que o procedimento que apresentou grau de dor mais elevado foi a administração de vacina intramuscular, com um *score* médio de dor de 5 na escala de dor FLACC. No grupo dos recém-nascidos de termo e lactentes as intervenções não farmacológicas que possibilitaram menor grau de dor durante a realização dos procedimentos foram a amamentação (*score* médio de dor 4) e posicionamento ao colo (*score* médio de dor 3). Quando foram observadas intervenções não farmacológicas usadas em associação destaca-se a combinação de distração e posicionamento ao colo e distração e sucção não nutritiva, como as que obtiveram menor *score* médio de dor. Salienta-se que os resultados obtidos apontam semelhanças com a dados encontrados na revisão da literatura, havendo indícios de que o uso de intervenções não farmacológicas de forma combinada gera menor grau de dor.

No grupo de recém-nascidos pré-termo constatou-se que as intervenções não farmacológicas foram sempre utilizadas de forma combinada, com destaque para a combinação da contenção manual, com a sucção não nutritiva e solução açucarada que se verificou em maior número de vezes, sendo também esta a combinação que gerou menor *score* médio de dor, neste grupo.

Os resultados obtidos revelaram que no grupo de recém-nascido pré-termo se obtiveram *scores* médios de dor mais baixos comparativamente ao grupo dos recém-nascidos de termo e lactentes, através da aplicação das mesmas intervenções não farmacológicas.

Apesar das limitações inerentes à realização deste estudo, nomeadamente, a técnica de amostragem usada não ser probabilística e a avaliação do grau de dor não ter sido feita de forma cega aos propósitos do estudo, acreditamos ter contribuído de forma positiva para a exploração do

tema e dos conhecimentos existentes sobre o mesmo. Estamos convictos de que os dados obtidos poderão servir de ímpeto para aprofundar conhecimentos ou sugerir novas investigações.

Condicionados pela impossibilidade de tecer generalizações com os resultados obtidos, ainda assim, consideramos ter gerado uma perspectiva diferente e interessante da abordagem das intervenções não farmacológicas ao longo de três contextos de prestação de cuidados tão distintos.

O projeto de estágio constituiu uma parte importante do percurso formativo, contudo existiram outras experiências e atividades que foram descritas e analisadas à luz das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, também, das competências de Mestre. A análise do caminho formativo que está espelhada neste Relatório de Estágio, constituído pelas nossas escolhas e motivações, possibilitou a aquisição e desenvolvimento destas competências que consideramos globalmente atingidas.

Acreditamos que todas as atividades desenvolvidas e experiências adquiridas contribuíram para o aumento do autoconhecimento e da qualidade dos cuidados prestados. Atingimos os objetivos propostos neste contexto de aprendizagem, com a convicção de que contribuímos para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAP (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2), 1-13. **DOI:** 10.1542/peds.2015-4271
- AAP, Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Canadian Paediatric Society and Fetus and Newborn Committee. (2006) - Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *PEDIATRICS*, Vol. 118, nº 5, p. 2231-2241. **DOI:**10.1542/peds.2006-2277
- AAP. (2006b). Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *PEDIATRICS*, Volume118, nº1, 405-420. **DOI:** 10.1542/peds.2006-1231
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto E Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382. Acedido a 13-02-2018. Obtido de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072005000300008&script=sci_abstract&lng=pt
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série – nº 9, 61-67. Acedido em 16-03-2018. Obtido de: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70. **ISBN:** 978-972-44-1154-5.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa: 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, pp. 73-80. Acedido em 20-04-2017. Acedido em 5-05-2017. Obtido de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor*. (Manual de Estudo) Coimbra: ESEnfC
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R. & Santos, P. (2014). Dor Pediátrica em Portugal: Resultados da Sensibilização e Formação. *Acta Pediatr Port*, 45, 99-106. Acedido a 4-11-2018. Obtido de: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2723/3026>
- Batalha, L., Reis G., Costa L., Carvalho M. & Miguens A. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, II Série Nº 10, 7-14. Acedido a 5-05-2017. Obtido de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:p14YrCoPX0QJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D105559%26code%3D4693629122b68a3a7991a86d49994b1c3be25e6b+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X
- Cabete, D. (2007) Construção de um portfólio de competências – Avaliação do processo e dos resultados. *Percursos*, Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem, Ano 2 – nº4, ISSN 1646-5067, p.4-22. Acedido em 2-03-2018. Obtido de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n4_Jun2007.pdf
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS*, 1(1):23-33. Acedido em 16-03-2018. Obtido de: http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Cavender K., Golf M., Hollon, E. & Guzzetta, C. (2004). Parents' Positioning and Distracting Children During Venipuncture: Effects on Children's Pain, Fear and Distress. *J Holist Nurs*, 22, 32-55. DOI: 10.1177/0898010104263306
- Chaghari, M., Ebadi, A., Saffari, M., Ameryoun, A. & Soltani, M. (2015). The effective compatible in-service training: A structured review of literature. *Nursing Practice Today*, 2(4), 131-138. Acedido a 2-02-2018. Obtido de: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/53>

- Centro Hospitalar de Setúbal (2013). *Relatório de Atividades e Contas 2013*. Acedido em 20-01-2018. Obtido de: http://www.chs.min-saude.pt/media/RAC_2013.pdf
- Centro Hospitalar de Setúbal (2015). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar de setúbal, EPE*. Acedido em 20-01-2018. Obtido de: http://www.chs.min-saude.pt/media/Regulamento_Interno_CHS.pdf
- 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 review. *European Journal of Pain*, 11, 139–152
DOI: 10.1016/j.ejpain.2006.02.010
- Collet, N. & Rocha, S. (2003). Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3, 260-264 Acedido em 24-02-2018. Obtido de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672003000300009&script=sci_abstract&tln g=pt
- Cordero, M., Garcia, L., López, A., Villar, N., Castillo, R. & Garcia, I. (2015). Procedimientos no farmacológico para disminuir el dolor de los neonatos: revisión sistemática. *Nutr Hosp* 32(6), pp. 2496-2507. **DOI:**10.3305/nh.2015.32.6.10070
- Costa J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium*, 30. 243-251. Acedido em 1-02-2018. Obtido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Decreto-Lei 118/2014 de 5 de agosto (2014). Princípios e enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família. *Diário da República 1ª série, nº 149 (5-08-2014)*. 4069-4071. Acedido em 12-02-2018. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Decreto-Lei 219/2007 de (2007). Criação da Administração central dos Serviços de saúde. *Diário da República, 1ª série Nº 103 (29-05-2007)*. 3509-3512. Acedido em 13-02-2018. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/638532>
- Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro (2005). Criação de Centros Hospitalares. *Diário da República I Série-A, nº 249 (29-12-2005)*. 7323-7333. Acedido em 6-02-2018. Obtido de: <https://dre.pt/application/conteudo/469067>

Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde. Diário da República 1.ª série, nº 38 (22-02-2008). 1182-1189. Acedido em 12-02-2018. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Decreto-Lei 63/2016 de 13 de setembro (2016). Ciência, tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 176 — 13 (13-09-2016). 3159-3191. Acedido em 3-05-2017. Obtido de: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho (2010). Alargamento da Idade pediátrica. Diário da República, 2.ª série nº 112 (11-06-10). 32123. Acedido em 2-02-2018. Obtido de: <http://www.dre.pt/utl/getpdf.asp?s=dip&serie=2&iddr=112.2010&iddip=2010032166>

DGS (2001). *Plano Nacional de Luta contra a dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. **ISBN:** 972-9425-95-7

DGS. (2001b). *Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **ISBN:** 972-9425-90-6

DGS (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde.

DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa 014/2010. 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). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013. Ministério da Saúde.

DGS (2014). *Relatório do Aleitamento Materno – Relatório janeiro a dezembro 2013*. Acedido a 3-03-2018. Obtido de: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/aleitamento-materno/iv-relatorio-com-os-dados-do-ram-2013-pdf.aspx>

DGS (2016). *Plano Nacional de Vacinação 2017*. Norma 016/2016. Ministério da Saúde.

- DGS. (2017). *Boletim Vacinação nº 11, abril de 2017 - PNV, avaliação 2016*. Acedido em 09-02-2017. Obtido em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV nº3, 85-93. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Dowd T. (2004). Teoria do Conforto. In A.M. Tomey & M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5ª Edição, (481-495) Loures: Lusociência. **ISBN:** 972-8383-74-6
- Fernandes, A. (2000). Crianças com dor. O quotidiano o trabalho e Dor no Hospital. Coimbra: Quarteto. **ISBN:** 972-8535-49-X.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. **ISBN:** 978-989-8075-18-5
- Gabriel M., Mendoza B., Figueroa L., Medina V., Fernández B., Rodríguez M.,... Malagón L. (2014). Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 98, 499-503. **DOI:**10.1136/archdischild-2012-302921
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Acedido em 10-05-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>
- Gonçalves, C., Moraes A. & Faria, M. (2008). Hiperglicemia não-cetótica: relato e caso. *Revista Medica de Minas Gerais*, 18(3), 204-207. Acedido a 15-03-2018. Obtido de: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:v34SNFWVL58J:scholar.google.com/+hiperglicemia+n%C3%A3o+cetonica+&hl=pt-PT&as_sdt=0,5
- Guerra, A, Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port* 43(2), 17-40. Acedido a 15-05-2017. Obtido de: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Harrison, D., Sampson, M., Reszel, J., Abdulla, K., Barrowman, N., Cumber, J.,..., Pound, C. (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*, Vol. 14, nº 2 p. 113-123. **DOI:** 10.1007/s11916-009-0091-0
- Hashemic F., Taheri L., Ghodsbin F., Pishva N. & Vossoughi M. (2016). Comparing the effect of swaddling and breastfeeding and their combined effect on the pain induced by BCG vaccination in infants referring to Motahari Hospital. *Applies Nursing Research* 29, 217-221. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.013>
- Ho L., Ho S., Leung D., So W. & Chan C. (2015). A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 472-482. **DOI:** 10.1111/jocn.13075
- Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência. **ISBN:** 978-989-748004-1
- Hoffman, J. (2017). The Challenge in diagnosing coarctation of the aorta. *Cardiovasc J Afr* 28, 1-4. **DOI:** 10.5830/CVJA-2017-053
- Hospital do Espírito Santo de Évora (2015). Relatório de Gestão 2014. Acedido em 20-01-2018. Obtido de: http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/relatorio_gestao_2014.pdf
- IASP (2011). Part III: Pain Terms: A current List with Definitions and Notes on Usage In *Classification of Chronic Pain, Second Edition*. Acedido a 10-01-2018. Obtido de: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf
- ICN (2016). *CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. **ISBN:** 978-92-95099-35-7
- INE (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Acedido em 12-02-2018. Obtido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2

- Kassab M., Foster J., Foureur M. & Fowler C. (2012). Sweet-tasting solutions for needle-related procedural pain in infants one month to one year of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD008411. **DOI:** 10.1002/14651858.CD008411.pub2.
- Kolcaba K. & DiMarco M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. Vol.31. No 3, 187-194. Acedido em 15/01/18. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- 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
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da Republica, I Série Nº 195 (24-04-1990). 3452-3459. Acedido a 3-03-2018. Obtido de: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
- Leng H., Zheng X., Zhang X., He H., Tu G., Fu Q., ... 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 Pediatr. Port*, N. 4; Vol. 27: 655-7
- Liaw, J., Yang L., Lee C., Fan H., Chang Y. & Cheng L. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 883-894. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.021>
- Lima, J. & Carmo, K. (2010). Pratical pain management in the neonate. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Vol. 24, nº 3, 291-307. **DOI:** 10.1016/j.bpa.2010.04.001
- Markoni, M. & Lakatos, E. (2004). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A. **ISBN:** 85-224-3397-6
- Neves, F. & Corrêa, D. (2008). Dor em Recém-nascidos: a percepção da Equipe de Saúde. *Cienc Cuid Saude*, 7(4), 461-467. Acedido a 28-02-2018. Obtido de: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6626/3905>

- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 14/04/2017. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 3-01-2018. Obetido de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>
- OE (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor da criança*. Cadernos OE. Serie 1, Número 6. ISBN: 978-989-8444-23-3
- OE (2015). Código Deontológico. Acedido a 7-03-2018. Obtido de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- OMS (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516. Acedido a 10-04-2017. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2015/wer9039.pdf?ua=1>
- 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. Acedido a 26-02-2018. Obtido de: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf
- Pinto, J. P & Barbosa, V. L. (2007). Vínculo materno-infantil e participação da mãe durante a realização da punção venosa: a ótica da psicanálise. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 15 (1). Acedido em 24-02-2018. Obtido de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a22.pdf
- PORDATA (2018). Base de dados dos Municípios. Acedido a 1-02-2018. Obtido em: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. Lisboa: CEMBE. Acedido em 26-02-2018. Obtido de: <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

- Ruivo M., Ferrido C. & Nunes L. (2010). Metodologia de projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido em 23-04-2017. Obtido de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Salmon, K. & Pereira, J. K. (2002). Predicting children's response to an invasive medical investigation: the influence of effortful control and parent behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (3), 227-233. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.3.227>
- Silva, T & Silva, L. (2010). Escalas de Avaliação da Dor utilizadas no recém-nascido Revisão Sistemática. *Acta Med Port*, 23, 437-454. Acedido a 12-11-2017. Obtido de: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/635/319>
- 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, pp.440-447. DOI: 10.1016/j.pedn.2007.04.010
- Stevens B., Yamada J., Ohlsson A., Haliburton S. & Shorkey A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 7. Art. No.: CD001069. DOI: 10.1002/14651858.CD001069.pub5.
- Taddio A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Halperin, S., Hanrahan, A.,... Shart, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ REVIEW. DOI: 10.1503/cmaj.101720
- 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*, (2015), 1-4. DOI: 10.1038/jp.2015.122
- Tojal. A. (2011). Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/> (Repositório Científico da Escola superior de Enfermagem de Coimbra)

- Tronchim, D. & Tsunehiro, M. (2005). A experiência de tornarem-se pais de prematuros: um enfoque etnográfico. *Rer Bras Enferm*, 58(1): 49-54. Acedido a 28-02-2018 Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>
- U.S. National Library of Medicine (2018). Medical Subject Heading 2018. Acedido a 13-01-2018, Obtido de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000073818>
- Vilelas J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda **ISBN:978-972-618-557-4**
- Wente (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: a Systematic Review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*. Volume 39, pp. 140-150 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>
- Yin T., Yang L., Lee T., Li C., Hua Y. & Liaw J. (2015). Development of atraumatic heel-stick procedures by combined treatment with non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking: A randomised, controlled trial. *Int J Nurs Stud*,52(8),1288-99. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.012.

ANEXOS

ANEXO A

**Parecer da comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da saúde
Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora**



Documento 1 8 0 9 2

E

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

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

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “*Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas*” da investigadora **Dina Sofia Morga-nheira** (mestranda), Prof.ª Doutora Ana Lúcia Ramos e Prof. Doutor António Casa Nova (responsáveis académicos).

Universidade de Évora, 5 de Fevereiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO B

Escala de Avaliação de Dor FLACC

INDICADOR	DESCRIÇÃO
Face	<ul style="list-style-type: none"> o. Nenhuma expressão particular ou sorriso 1. Careta ocasional ou franzir de sobrancelhas, alheio, desinteressado 2. Constante franzir de sobrancelhas, maxilares cerrados, queixo trémulo
Pernas	<ul style="list-style-type: none"> o. Posição normal ou relaxadas 1. Inquietas, agitadas, tensas 2. Aos pontapés ou com as pernas encolhidas
Actividade	<ul style="list-style-type: none"> o. Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente 1. Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso 2. Arqueado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	<ul style="list-style-type: none"> o. Ausência de choro (acordado ou adormecido) 1. Gemidos ou lamentos, queixas ocasionais 2. Choro persistente, gritos ou suspiros, queixas frequentes
Consolabilidade	<ul style="list-style-type: none"> o. Contente, relaxado 1. Encorajado por toques ocasionais, abraços, conversas. Distrai-se. 2. Difícil de consolar ou confortar

Fonte: Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor*. (Manual de Estudo) Coimbra: ESEnfC

ANEXO C

Escala de Avaliação de Dor NIPS

Descrição	
Expressão facial	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choramingo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Fonte: Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor*. (Manual de Estudo) Coimbra: ESEnfC

ANEXO D

Certificado de Participação na sessão formativa

“Informações sobre Sarampo” e “Novas Vacinas”



UCSP de [REDACTED]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara esta UCSP de [REDACTED], que a enfermeira Dina Sofia Freire Morganheira, participou nas seguintes formações em serviço como formanda:

- 18 de Maio de 2017 – “Informações sobre o Sarampo” ; “Novas Vacinas” – duração de 3h;
- 06 de Junho de 2017 – “Neoplasia do colon e mama” – duração de 3h.

Por ser verdade e nos ter sido solicitado se passa a presente declaração, que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso neste serviço.

UCSP de [REDACTED], 12 de Junho de 2016

A Coordenadora
Celeste Nortadas

Coordenadora Clínica UCSP
Dra. Celeste Nortadas

ANEXO E

**Certificado de participação no 1º Congresso Multiprofissional
do Hospital Dona Estefânia**



CERTIFICADO

Certifica-se que

Participou no 1.º Congresso Multiprofissional do Hospital de Dona Estefânia, que decorreu na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, nos dias 28 e 29 de setembro de 2017.

Coordenador da
Comissão Organizadora

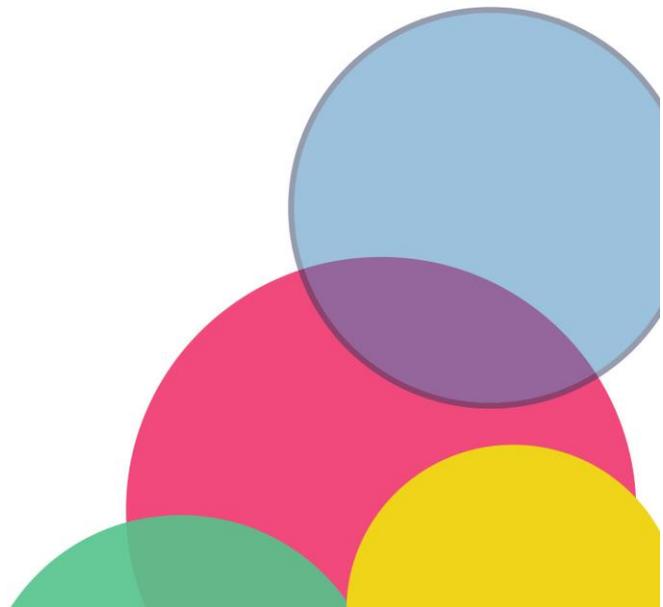
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Estefânia'.

**A CUIDAR
DA CRIANÇA**

1877-2017

Hospital de Dona Estefânia

**Preparados para
o FUTURO!**



ANEXO F

**Certificado de Participação no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da
Área de Lisboa – Cuidar para o Neurodesenvolvimento na vulnerabilidade**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Dina Morganheira esteve presente no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, “Cuidar para o Neurodesenvolvimento”, que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL— Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário aplicado às Equipas de Enfermagem



QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que nos encontramos a frequentar, pretendemos desenvolver um projeto em que o tema é o controlo da dor em procedimentos com agulhas no primeiro ano de vida, com enfoque nas intervenções não farmacológicas de alívio da dor.

Com este questionário pretendemos aferir a perceção dos enfermeiros relativamente às intervenções não farmacológicas de alívio da dor nestes procedimentos, com o intuito de definir estratégias de forma a sensibilizar para o uso das mesmas.

A sua colaboração no preenchimento deste questionário é essencial para o desenvolvimento deste projeto, que tem em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por isso, solicita-se que responda de forma espontânea e sincera a este questionário. O tempo de preenchimento deste questionário tem uma duração estimada de 3 minutos. A informação recolhida no mesmo é anónima, confidencial e destina-se exclusivamente a fins de estudo estatístico. A participação no preenchimento do presente questionário é voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo para os participantes. Agradecemos a colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, caso assim o entenda.

“Foi-me informada a possibilidade em recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador”.

Assinatura do Participante _____

Enfermeira Dina Morganheira
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Professor António Casa Nova

Parte II – Intervenções não farmacológicas de alívio da dor

Com as seguintes questões pretende-se conhecer a perceção dos enfermeiros acerca das intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha, 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 com agulha 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 B

Grelha de Observação das Intervenções não Farmacológicas realizadas

Parte I – Caracterização do procedimento e da criança

Procedimento realizado:

Idade da criança: _____

Administração de vacina intramuscular

Punção venosa periférica

Punção do calcanhar

Parte II – Observação das intervenções não farmacológicas realizadas

Presença dos pais/cuidador durante o procedimento Sim Não

Marque apenas com um "X" as Intervenções realizadas

Intervenções Não Farmacológicas Realizadas		
Distração	Brinquedos/Imagens	
	Cantar/Conversar com o bebé	
	Soprar bolas de sabão	
Contenção	Manual	
	Com Lençol	
Posicionamento do Bebé	Deitado na marquesa/cama	
	Sentado ao colo da mãe/cuidador	
	Deitado ao colo da mãe/cuidador	
	Colo com contacto pele a pele	
Aleitamento Materno		
Solução açucarada (sacarose a 24% ou glicose a 30%)		
Sucção Não nutritiva		

Avaliação da dor _____

(pontuação obtida através da Escala de Avaliação de Dor)

APÊNDICE C

**Pedidos de autorização às instituições para
realização do Projeto de Estágio**

Exma. Coordenadora da UCSP de [REDACTED]

Dr^a [REDACTED]

Dina Sofia Freire Morganheira, Enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação lecionado na Universidade de Évora, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e a efetuar Estágio na UCSP de [REDACTED] no período de 2 de Maio a 16 de Junho de 2017, vem por este meio solicitar a Vossa Ex^a autorização para recolha de dados junto dos profissionais e dos utentes, no âmbito da realização de um projeto cujo o tema são as intervenções não farmacológicas no alívio da dor provocada por procedimentos com agulha no primeiro ano de vida. Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do estudo e anexa os instrumentos utilizados para a recolha de dados.

Os dados obtidos são, meramente, para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmos.

Atenciosamente

Dina Morganheira

Évora, 15 de maio de 2017

Tomei conhecimento

[Signature]
15/5/17



Exma. Sr.^a Enf.^a Diretora [REDACTED]

Centro Hospitalar [REDACTED]

Dina Sofia Freire Morganheira, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora e a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação lecionado na Universidade de Évora, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontram-se a efetuar Estágio na Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED] no período de 18 de setembro a 29 de outubro de 2017, vem por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para realizar no serviço supra citado um projeto em que o tema principal é o controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, com enfoque nas intervenções não farmacológicas de alívio da dor.

O objetivo geral deste projeto é promover o uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor e, neste sentido, solicita autorização para aplicar um questionário sobre a temática à equipa de enfermagem e observar as intervenções não farmacológicas de alívio de dor utilizadas por estes profissionais, com a subsequente avaliação do seu efeito, utilizando a escala de observação de dor pediátrica FLACC (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*).

Durante o projeto serão garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. A todos os participantes será garantido o direito ao anonimato, os dados obtidos são, meramente, para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmos.

Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do projeto e anexa os instrumentos de recolha de dados, estando disponível para os esclarecimentos adicionais que forem necessários.

Atenciosamente

Évora, 2 de outubro de 2017

Autorizado
[Assinatura]
 Enfermeiro Diretor

Exma Sr.ª Presidente do Conselho de Administração
 do Hospital d [Redacted], EPE

Dina Sofia Freire Morganheira, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora e a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação lecionado na Universidade de Évora, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontram-se a efetuar Estágio no Serviço de Neonatologia no período de 30 de outubro de 2017 a 13 de janeiro de 2018, vem por este meio solicitar a vossa Ex.ª autorização para realizar no serviço supra citado um projeto em que o tema principal é o controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, com enfoque nas intervenções não farmacológicas de alívio da dor.

O objetivo geral deste projeto é promover o uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor e, neste sentido, solicita autorização para aplicar um questionário sobre a temática à equipa de enfermagem e observar as intervenções não farmacológicas de alívio de dor utilizadas por estes profissionais, com a subsequente avaliação do seu efeito, utilizando a escala de observação de dor pediátrica FLACC (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*).

Durante o projeto serão garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. A todos os participantes será garantido o direito ao anonimato, os dados obtidos são, meramente, para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmos.

Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do projecto e anexa os instrumentos de recolha de dados utilizados, estando disponível para os esclarecimentos adicionais que forem necessários.

R	RECIBIDO	Em [Redacted]
		N.º 2007
R	RESPONDIDO	Em
		N.º

Atenciosamente
Dina Sofia Freire Morganheira
 Évora, 8 de novembro de 2017

APÊNDICE D

Caracterização das Equipas de Enfermagem: síntese dos dados recolhidos

Distribuição da amostra por sexo e idade								
Instituição	Amostra	Sexo		Idade				
		Masculino	Feminino	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	> 60 anos
UCSP	N = 6	0	6	0	4	1	1	0
UPP	N = 14	1	13	2	9	2	1	0
UCIN	N = 16	0	16	0	9	4	3	0

Distribuição da amostra pelas Habilitações Literárias				
Instituição	Amostra	Habilitações Literárias		
		Curso de Pós-Licenciatura	Mestrado	Pós-Graduação
UCSP	N = 6	3	1	2
UUP	N = 14	4	2	0
UCIN	N = 16	15	0	1

Distribuição da amostra pelos anos de Experiência Profissional						
Instituição	Amostra	Anos de Experiência Profissional neste Serviço				
		0 a 4 anos	5 a 9 anos	9 a 14 anos	15 a 19 anos	> 20 anos
UCSP	N = 6	4	1	0	0	1
UUP	N = 14	3	1	9	1	0
UCIN	N = 16	5	4	2	3	2

APÊNDICE E

Proposta de projeto de estágio: Resumo, plano e cronograma

12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O controlo da dor na criança assume especial relevo e constitui um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignédo, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (Direção Geral da Saúde - DGS, 2010). A dor não controlada tem uma importância acrescida no início da vida da criança. Nos bebés pré-termo, acredita-se que possa comprometer o desenvolvimento cerebral e nos lactentes pode levar a alterações na resposta à dor (Harrison et al, 2014).

A DGS (2012) refere que os procedimentos invasivos são a causa mais frequente de dor na criança que recorre às instituições de saúde. A dor associada aos procedimentos implica uma lesão real ou potencial dos tecidos e constitui uma experiência sensorial e emocional desagradável, quase sempre, acompanhada por medo e ansiedade.

As crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor não seja adequado apresentam, habitualmente, maior grau de dor em episódios semelhantes subsequentes, pois as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor (Batalha, 2010).

De acordo com a DGS (2012), existe uma elevada frequência de realização de procedimentos invasivos, contudo, são também conhecidas as possibilidades de tratar a dor com segurança, pelo que é necessário reduzir a diferença existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para minimizar a dor em crianças. Define-se procedimentos invasivos como “todos aqueles que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos” (DGS, 2012,p.1), será sobre os procedimentos com agulhas que incide este projeto.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, destaca-se a administração de injetáveis para vacinação como a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância (Taddio et al, 2010), sendo repetida várias vezes com maior incidência no primeiro ano de vida (DGS, 2016). Em contexto hospitalar, cerca de 65% dos procedimentos invasivos a que os Recém-Nascidos internados em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais são punções venosas e punções do calcanhar (Batalha, 2010b). Assume-se, assim, que os procedimentos com agulha são dentro dos procedimentos invasivos aqueles que são realizados com maior frequência em recém-nascidos e lactentes.

Existe, atualmente, uma panóplia de intervenções não-farmacológicas e farmacológicas que têm eficácia comprovada e podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor e a ansiedade causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes (DGS, 2012).

Centrando-nos nas intervenções não farmacológicas, os seus objetivos são diminuir o medo, reduzir o stress e a dor, dar à criança a capacidade de controlo e reduzir o stress dos pais. Além disto, tratam-se de intervenções que podem ser adotadas de forma independente pelos enfermeiros e não provocam custos relevantes às instituições (Wente, 2013).

As intervenções não farmacológicas de alívio da dor relacionada com procedimentos dolorosos ao recém-nascido e lactente, encontram-se, atualmente, estudadas e comprovadas como eficazes. Existe um conjunto de normas e recomendações que suportam o uso destas medidas, quer a nível nacional (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013) quer a nível internacional (American Academy of Pediatrics (AAP), 2016; World Health Organization (WHO), 2015; Taddio et al, 2010). Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde e fraca adesão à implementação destas estratégias (Batalha, 2010; AAP, 2016; Harrison et al, 2014; Wente, 2013).

Tendo subjacente estas linhas orientadoras, este projeto será desenvolvido ao longo do Estágio I e Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, inscreve-se na linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas" e tem como objetivo geral contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha, no primeiro ano de vida. Como objetivos específicos pretende-se: desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a dor e estratégias não farmacológicas que poderão promover o seu alívio, sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor provocada por procedimentos, observar e descrever as intervenções não farmacológicas realizadas no primeiro ano de vida e avaliar o seu benefício utilizando a escala de dor aguda FLACC (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*).

O desenvolvimento deste projeto terá subjacente a metodologia de trabalho de projeto, será aplicado um questionário de diagnóstico de situação às equipas de enfermagem dos diferentes locais de estágio, com o intuito de conhecer as necessidades das mesmas, no âmbito desta temática, e adequar estratégias que visem contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas nos respetivos serviços. Entre as estratégias planeadas incluem-se sessões de formação às equipas de enfermagem e elaboração/revisão de normas de procedimento relativas às intervenções não farmacológicas de alívio de dor. Será também feita a observação das intervenções não farmacológicas utilizadas nos procedimentos com agulha no primeiro ano de vida, com recurso a instrumento de observação criado para o efeito, ao longo dos estágios e respetiva avaliação da dor, durante o

procedimento, através da escala de dor FLACC, com o intuito de analisar, descrever e comparar os resultados obtidos.

CRONOGRAMA

Tempo Atividades	2017						2018	
	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Aplicação de instrumento de diagnóstico de situação	■	■		■		■		
Apresentação e Planeamento das atividades	■			■		■		
Aplicação do instrumento de observação		■	■		■	■	■	
Execução das atividades propostas		■	■		■	■	■	
Avaliação das atividades realizadas			■		■		■	
Elaboração do relatório Final	■	■	■	■	■	■	■	■
Pesquisa Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■

Legenda:

- Estágio I –UCSP
- Estágio Final – UUP
- Estágio Final – UCIN

Referências Bibliográficas:

- AAP (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2) DOI: 10.1542/peds.2006-2277
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa: 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, pp. 73-80. Acedido a 4-04-2017. Obtido de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
- DGS (2012). *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 (2016). *Plano Nacional de Vacinação 2017*. Norma 016/2016. Ministério da Saúde.
- Harrison et al. (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.
- OE (2013). Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor da criança. Cadernos OE. Serie 1 Número 6 ISBN: 978-989-8444-23-3
- Taddio A. et al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ REVIEW* DOI: 10.1503/cmaj.101720
- Wente (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: a Systematic Review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*. Volume 39, pp. 140-150 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.09.011>
- WHO (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516. Acedido a 10-04-2017. Obtido de: <http://www.who.int/wer/2015/wer9039.pdf?ua>

APÊNDICE F

Artigo de Revisão Sistemática da Literatura

“Benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes”

RESUMO

Introdução: Os procedimentos com agulha são aqueles a que os recém-nascidos e lactente são submetidos com mais frequência. O controlo da dor durante estes procedimentos assume especial importância nesta população vulnerável. **Objetivo:** identificar e sintetizar os benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha nos recém-nascidos e lactentes. **Metodologia:** seguiu-se a metodologia de revisão e avaliação da qualidade dos estudos do *Joanna Briggs Institute*. Foram incluídos estudos que analisassem intervenções não farmacológicas em recém-nascidos e lactentes nos seguintes procedimentos: punção de calcanhar, punção venosa e administração de vacina injetável. Feita pesquisa nas bases de dados EBSCO e PubMed, com o intervalo temporal entre 2013 e 2017. Identificaram-se 186 artigos e incluíram-se na revisão 14 estudos experimentais randomizados controlados. **Resultados:** destaca-se como maior benefício a redução do grau de dor, verifica-se também a redução do tempo de choro, melhoria nos parâmetros hemodinâmicos e diminuição da irritabilidade e sinais de stress. **Conclusão:** as intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha têm benefícios notórios, sendo mais eficazes quando usadas de forma combinada.

Palavras-chave: revisão sistemática; intervenções não farmacológicas; recém-nascidos; lactentes; procedimentos dolorosos.

ABSTRACT

Introduction: Needle procedures are those to which newborns and infants are most frequently submitted. Pain control during these procedures is especially important in this vulnerable population. **Objective:** to identify and synthesize the benefits of non-pharmacological interventions in needle procedures in newborns and infants. **Methodology:** followed the review methodology and quality assessment of studies of the Joanna Briggs Institute. We included studies that analyzed non-pharmacological interventions in newborns and infants in the following procedures: heel puncture, venipuncture and injectable vaccine administration. We conducted a survey of the EBSCO and PubMed databases, with the time interval between 2013 and 2017. 186 articles were identified and 14 randomized controlled trials were included in the review.

Results: a reduction in the degree of pain is highlighted as a major benefit, it also checks reduction of crying time, improvement in hemodynamic parameters and decrease in irritability and stress signals. **Conclusion:** non-pharmacological interventions with needle procedures have notable benefits, being more effective when used in combination.

Keywords: systematic review; non-pharmacological interventions; newborns; infants; painful procedures.

RESUMEN

Introducción: Los procedimientos con aguja son aquellos a los que los recién nacidos y lactantes son sometidos con más frecuencia. El control del dolor durante estos procedimientos es de particular importancia en esta población vulnerable. **Objetivo:** identificar y sintetizar los beneficios de las intervenciones no farmacológicas en procedimientos con aguja en los recién nacidos y lactantes. **Metodología:** se siguió la metodología de revisión y evaluación de la calidad de los estudios del *Joanna Briggs Institute*. Se incluyeron estudios que analizaban intervenciones no farmacológicas en recién nacidos y lactantes en los siguientes procedimientos: punción de talón, punción venosa y administración de vacuna inyectable. Se realizó una investigación en las bases de datos EBSCO y PubMed, con el intervalo temporal entre 2013 y 2017. Se identificaron 186 artículos e incluyeron en la revisión 14 estudios experimentales randomizados controlados. **Resultados:** se destaca como mayor beneficio la reducción del grado de dolor, se verifica también la reducción del tiempo de llanto, mejora en los parámetros hemodinámicos y disminución de la irritabilidad y signos de estrés. **Conclusión:** las intervenciones no farmacológicas en procedimientos con aguja tienen beneficios notorios, siendo más eficaces cuando se usan de forma combinada.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos dolorosos, sejam diagnósticos ou terapêuticos, são a causa de dor mais frequente na criança que recorre aos serviços de saúde. A dor associada aos procedimentos é provocada por uma lesão real ou potencial dos tecidos e constitui uma experiência sensorial e emocional desagradável, geralmente acompanhada de medo e ansiedade (Direção Geral da saúde (DGS), 2012).

O controlo da dor na criança assume especial relevo e constitui um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças. As crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o controlo da dor não seja adequado tornam a criança mais vulnerável à dor (Harrison et al., 2014).

A dor não controlada assume especial relevo no início da vida da criança, em lactentes presume-se que provoque alterações na resposta à dor e nos recém-nascidos pré-termo pode comprometer o desenvolvimento cerebral (Harrison et al., 2014). Os estímulos dolorosos repetidos têm consequências a curto prazo como alterações hemodinâmicas, imunitárias e respiratórias e a longo prazo, nomeadamente, alterações no desenvolvimento cerebral, somatizações, regressões, dificuldades de coordenação e alterações comportamentais que podem persistir em idade posteriores (American Association of Pediatrics (AAP), 2016; Batalha, 2010).

Atualmente, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), em Portugal 8 em cada 100 crianças nascem prematuramente. Os recém-nascidos pré-termo pela sua condição, são submetidos a longos períodos de internamento em cuidados intensivos neonatais e a vários procedimentos dolorosos diariamente (Cordero et al., 2015; Batalha, 2010). Neste contexto, os procedimentos dolorosos realizados com maior frequência são a punção de calcanhar e punção venosa (Batalha, 2010).

Por outro lado, a administração de vacinas injetáveis destaca-se como a maior fonte de dor iatrogénica na infância, é repetida várias vezes ao longo da toda a infância, com maior incidência no primeiro ano de vida, e constitui uma fonte de stress para a criança. Estima-se que 25% dos adultos tenha medo de agulhas e a maioria desse medo terá sido desenvolvido na infância (Taddio et al., 2010).

Destacam-se, portanto, os procedimentos com agulha como aqueles que se realizam com maior frequência em recém-nascidos e lactentes, nomeadamente a punção de calcanhar, punção venosa e administração de vacinas injetáveis (Cordero et al., 2015)

Existe, atualmente, uma panóplia de intervenções não farmacológicas com eficácia comprovada, que podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor e a ansiedade causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes (DGS, 2012).

As intervenções não farmacológicas de alívio de dor indicadas para recém-nascidos e lactentes incluem as soluções açucaradas, amamentação, sucção não nutritiva, canguru materno, distração e contenção manual ou com lençol (DGS, 2012; DGS, 2012b; AAP, 2016, Taddio et al., 2010; Cordero et al., 2015).

O objetivo destas intervenções é reduzir a sensação e/ou a perceção de dor, diminuir os comportamentos de stress e promover a capacidade de autocontrolo

(Cordero et al, 2015; AAP, 2016, Wente, 2013). O uso de intervenções não farmacológicas durante procedimentos dolorosos reduz também o stress dos pais, podem ser adotadas de forma independente pelos enfermeiros e não provocam custos relevantes às instituições (Wente, 2013). A sua eficácia é maior quando usadas em conjunto, possibilitando assim a combinação e coordenação de estratégias de alívio de dor (Taddio et al., 2010).

Pela necessidade de controlar a dor em procedimentos, as intervenções não farmacológicas têm sido de alvo de vários estudos ao longo dos últimos anos, permitindo assim conhecer melhor o seu mecanismo de ação, a sua eficácia e aplicabilidade. O seu uso numa população vulnerável como os recém-nascidos e lactentes carece de um conhecimento aprofundado e sistematizado acerca dos seus benefícios e recomendações.

Neste sentido, esta revisão tem como objetivo identificar e sistematizar os benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes, comparando com a realização dos mesmos procedimentos sem a aplicação destas intervenções. Assim, assente na pesquisa baseada na evidência, formulou-se a pergunta de investigação que norteia esta revisão: quais os benefícios das intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes?

METODOLOGIA DA REVISÃO SISTEMÁTICA

A elaboração desta revisão sistemática seguiu a metodologia indicada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014). Neste sentido, a pergunta de investigação foi elaborada de acordo com a metodologia *PICOD* (*Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Design*). Atendendo à pergunta de investigação esboçaram-se critérios de inclusão, de modo a selecionar os estudos:

- *População*: recém-nascidos e lactentes (até aos 12 meses de idade);
- *Intervenção*: intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha (punção de calcanhar, punção venosa e administração de vacinas IM);
- *Outcomes*: benefícios das intervenções não farmacológicas;
- *Desenho*: Estudos experimentais, controlados randomizados.

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados que compõe o motor de busca EBSCO e na PubMed, usando como limite inferior o ano de 2013 e limite máximo o ano de 2017 e decorreu entre outubro e novembro de 2017. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em português, inglês e espanhol. Foram usadas

as seguintes palavras-chave e booleanos: *non-pharmacological interventions AND pain procedures AND infant AND newborn*; *non-pharmacological interventions AND needle procedures AND infant*; *venipuncture AND pain procedures AND infant AND newborn*; *immunization AND pain management AND infant*.

O processo de escolha ocorreu em três etapas, numa primeira fase foram analisados os títulos dos artigos encontrados. Deu-se continuidade ao processo de inclusão/exclusão de artigos através da leitura do resumo. Aqueles cujos resumos se enquadravam no objetivo da revisão e que estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos foram analisados na íntegra. As referências bibliográficas de todos os artigos examinados na íntegra foram analisadas, com o intuito de identificar estudos adicionais, o que levou à inclusão de estudos provenientes de outras fontes nesta revisão sistemática (Figura 1).

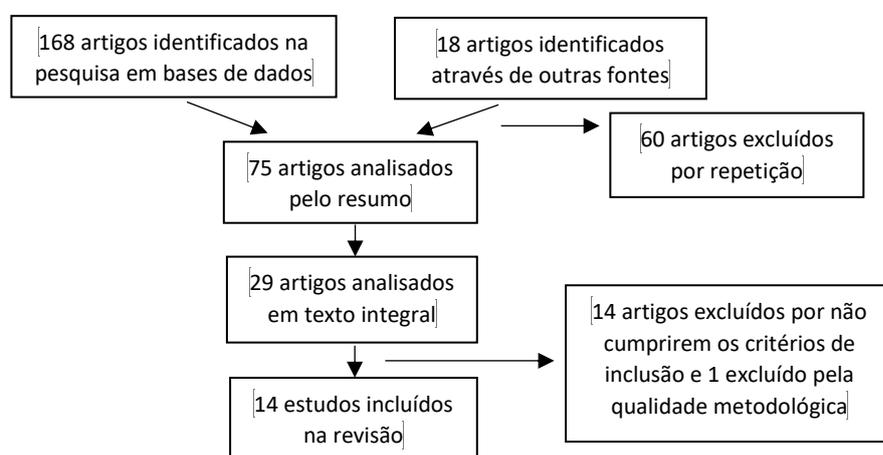


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos

A qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão foi avaliada com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute – Critical Appraisal Checklist for Experimental Studies (JBI, 2014)*, considerando-se como fator de inclusão na revisão a resposta positiva a, no mínimo, oito dos pontos avaliados nesta grelha. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi feita por dois revisores de forma independente.

O processo de extração e síntese de dados foi realizado com recurso a tabelas para facilitar a análise dos estudos, as quais contemplavam os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, intervenção ou fenómeno de interesse, resultados e principais conclusões. Nesta etapa do processo de revisão existiu, também, o contributo de dois revisores.

Por último, a síntese dos resultados obtidos, ou seja, os benefícios das intervenções não farmacológicas nos procedimentos estudados são descritos em formato de resumo narrativo.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Terminado o processo de seleção e análise dos estudos, incluíram-se para apresentação e discussão de resultados 14 estudos. Os estudos incluídos foram desenvolvidos em diversos países e estão distribuídos da seguinte forma: Índia (4 estudos), Taiwan (3 estudos), China (2 estudos), Turquia, Canada, Hong Kong, Irão e Espanha (1 estudo em cada).

Relativamente aos participantes nos estudos, o tamanho das amostras incluídas nesta revisão variou entre 20 e 617 participantes. As características dos participantes variaram entre recém-nascido pré-termo em 8 estudos, recém-nascido de termo em 4 estudos e lactentes em 2 estudos.

No que diz respeito aos procedimentos com agulha estudados, a punção de calcanhar foi o procedimento mais vezes encontrado nos estudos incluídos (10 estudos), seguido da administração de vacinas injetáveis (3 estudos) e, com menor frequência, encontra-se a punção venosa (1 estudo).

No aspeto metodológico, todos os estudos incluídos são estudos experimentais randomizados controlados, em todos existe comparação entre variáveis. Em 12 estudos, no grupo de controlo verifica-se a ausência de intervenção não farmacológica e em 2 estudos é feita comparação entre as diferentes intervenções não farmacológicas.

A Tabela 1 apresenta o resumo dos dados extraídos, com o intuito de sistematizar, visualizar e comparar os resultados obtidos.

Tabela 1. Características metodológicas dos estudos incluídos e principais resultados.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	DESENHO E PARTICIPANTES		INTERVENÇÕES/FENÓMENOS DE INTERESSE
<p>E1 Liaw, J., Yang L., Lee C., Fan H., Chang Y. & Cheng L. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 50, 883-894. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.021</p>	<p>- Estudo prospetivo randomizado controlado - 110 RN pré-termo (IG entre 26 e 37 semana)</p>	<p>- Punção do calcanhar</p>	<p>- Quatro combinações de intervenções não farmacológicas: sucção não nutritiva (snn) + sacarose oral + contenção manual; snn + sacarose; contenção manual + sacarose; snn + contenção manual; versus cuidados de rotina (nenhuma destas intervenções).</p> <p>RESULTADOS: as quatro combinações de intervenções não farmacológicas estudadas reduzem a agitação durante a punção do calcanhar, obtiveram menos ocorrências de irritabilidade e choro, comparativamente ao grupo de controlo. Os grupos que receberam as combinações de snn + sacarose + contenção manual e snn + sacarose demonstraram mais períodos de sono tranquilo, respetivamente 52,8% e 42,6%, na fase de recuperação após o procedimento. O uso combinado de sacarose + contenção manual, snn + sacarose e snn + sacarose + contenção manual são eficazes na redução da irritabilidade e choro durante a punção de calcanhar, comparativamente à ausência destas intervenções.</p>
<p>E2 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. <i>Journal of Perinatology</i>, (2015), 1-4. DOI: 10.1038/jp.2015.122</p>	<p>- Estudo Randomizado controlado - 180 RN de termo</p>	<p>- Punção do calcanhar</p>	<p>- RN alocados em 4 grupo. Intervenções não farmacológicas estudadas: sacarose a 30%, sucção não nutritiva e a combinação de sacarose + sucção não nutritiva.</p> <p>RESULTADOS: o valor médio de dor obtido através da aplicação da escala de dor PIPP (<i>Premature Infant Pain Profile</i>) diminui significativamente em qualquer uma das intervenções. A combinação de sacarose + sucção não nutritiva apresenta valor médio na escala PIPP mais baixo em relação aos dois grupos em que foram aplicadas as intervenções isoladamente. A duração de choro (em segundos) é menor no grupo onde foi aplicada a combinação de sacarose oral + sucção não nutritiva. No grupo de controlo a duração do choro é significativamente maior.</p>

<p>E3 Hsieh Ksieh K., Chen S., Tsao P., Wang C., Huang C., Lin C., ... Chan I. (2017). The analgesic effect of non-pharmacological interventions to reduce procedural pain in preterm neonates. <i>Pediatrics and Neonatology</i> (2017) xx, 1-6 DOI:10.1016/j.pedneo.2017.02.001</p>	<p>- Estudo prospetivo experimental - 20 RN pré-termo (IG entre 26 e 35 semanas)</p>	<p>- Punção de calcanhar</p>	<p>- Cada participante foi submetido a quatro punções de calcanhar, não consecutivas. Intervenções estudadas: administração de leite materno, dextrose a 10%, água destilada (placebo) e nenhuma intervenção (grupo de controlo). RESULTADOS: o grau de dor avaliado com a escala PIPP é significativamente menor quando administrado leite materno em todas as fases de observação, comparativamente ao grupo de placebo e ao grupo de controlo. Existe também diferença significativa na redução do grau de dor entre o grupo de dextrose a 10% e o grupo de controlo. Não existe diferença significativa no grau de dor nas seguintes combinações: leite materno/dextrose a 10%, dextrose a 10%/placebo e placebo/grupo de controlo. A administração de leite materno e dextrose a 10% parece ser eficaz na redução do grau de dor, administração de leite materno regista valores de grau de dor ligeiramente mais baixos, comparativamente com a dextrose a 10%.</p>
<p>E4 Gao H., Xu G., Gao H., Dong R., Fu H., Wang D., ... Zhang H. (2015). Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 52, 1157-1165. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.006</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 75 RN pré-termo</p>	<p>- Punção de calcanhar</p>	<p>- Cada grupo de RN foi submetido a 4 punções de calcanhar, não consecutivas e divididos em 2 grupos (controlo e intervenção). No grupo de intervenção, os RN foram submetidos à primeira punção de calcanhar sem nenhuma intervenção não farmacológicas e nas 3 punções seguintes foram submetidos a contacto pele com pele (canguru materno) 30 minutos antes, durante e após o procedimento. RESULTADOS: a frequência cardíaca (FC), a duração do choro e a expressão facial (inclui expressões de dor como franzir sobrancelhas, força ocular e sulco nasolabial) são significativamente menores no grupo submetido a canguru materno, comparativamente ao grupo de controlo nas três fases de observação (antes da punção de calcanhar, durante a colheita de sangue e período de recuperação). No período de recuperação, o grupo canguru materno retornou aos valores de FC presentes antes de iniciar o procedimento, enquanto que o grupo de controlo manteve a FC significativamente mais elevada em relação ao valor de base.</p>
<p>E5 Desjardins M., Gaucher N., Curtis S., LeMay S., Lebel D. & Gouin S. (2016). A Randomized controlled trial evaluating the efficacy of oral</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 87 lactentes (entre 1 e 3 meses de idade)</p>	<p>- Punção venosa</p>	<p>- Lactentes alocados em 2 grupos: no grupo de intervenção receberam 2ml de sacarose oral antes do procedimento; no grupo de controlo os lactentes receberam 2ml de água (placebo).</p>

<p>sucrose in infants 1 to 3 months old needing intravenous cannulation. <i>Academic Emergency Medicine</i>, 23(9), 1048-53. DOI: 10.1111/acem.12991</p>	<p>RESULTADOS: avaliado o grau de dor através das escalas NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>) e FLACC (<i>Face, Activity, Cry and Consolability</i>) que não revelou diferença significativa entre os dois grupos. As variações na FC também são semelhantes nos dois grupos. Apenas a duração média do tempo de choro revela diferenças significativas, sendo substancialmente mais baixa no grupo da sacarose (17 segundos) do que no grupo de placebo (41 segundos).</p>		
<p>E6 Ho L., Ho S., Leung D., So W. & Chan C. (2015). A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 25, 472-482. DOI: 10.1111/jocn.13075</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 54 RN pré-termo (IG entre 30 e 37 semanas)</p>	<p>- Punção do calcanhar</p>	<p>- No grupo de intervenção foi feita contenção com lençol (<i>swaddling</i>) aos RN alguns 1 minutos antes de iniciar o procedimento; o grupo de controlo não recebeu qualquer intervenção controlo de dor. RESULTADOS: avaliado o grau de dor através da escala PIPP que é significativamente menor no grupo submetido a contenção com lençol. As alterações nos valores de FC e Saturação de Oxigénio (SaO₂) são significativamente mais baixas no grupo submetido a contenção com lençol. O grupo submetido a contenção com lençol retorna aos valores de base 2 minutos após o procedimento, enquanto que no grupo controlo tal só se verifica 6 minutos após o procedimento.</p>
<p>E7 Leng H., Zheng X., Zhang X., He H., Tu G., Fu Q., ... Yan L. (2016). Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: a randomized clinical trial. <i>Eur J Pain</i>, 20, 989-997 DOI: 10.1002/ejp.824</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 617 RN de termo</p>	<p>- Punção de calcanhar (superficial e profunda)</p>	<p>- RN divididos em 4 grupos, cada grupo submetido a intervenções não farmacológicas de alívio de dor: sacarose oral, sacarose oral + sucção não nutritiva, sacarose oral + contenção com lençol e sacarose oral + sucção não nutritiva + contenção com lençol. RESULTADOS: o grupo sacarose oral + snn + contenção com lençol apresenta o grau de dor mais baixo, avaliado através do RNFC (Revised Neonatal Facial Coding System). Observa-se um efeito sinérgico analgésico significativo entre o grupo sacarose oral + sucção não nutritiva e o grupo sacarose oral + contenção com lençol quer na punção de calcanhar superficial quer na profunda. Na punção de calcanhar profunda, o grupo sacarose + sucção não nutritiva apresentou uma diferença significativa num menor aumento na FC e diminuição na SaO₂ do que no grupo da sacarose oral, contudo esta diferença não é observada na punção de calcanhar superficial. Não de observaram diferenças entre os grupos sacarose e sacarose + contenção com lençol nos parâmetros fisiológicos.</p>
<p>E8 Goswami G., Upadhyay A., Gupta N., Chaudhry R., Chawla D. & Sreenivas V.</p>	<p>- Estudo randomizado controlado</p>	<p>Administração de vacina intramuscular (IM)</p>	<p>- Lactentes divididos em 3 grupos: latentes amamentados antes, durante e após o procedimento; lactentes aos quais foram administrados 2ml de dextrose a 25% antes do</p>

<p>(2013). Comparison of Analgesic Effect of direct Breastfeeding, Oral 25% Dextrose Solution and Placebo during 1st DPT Vaccination in Healthy Term Infants: A Randomized, Placebo Controlled Trial. <i>Indian Pediatrics</i>, 50, 649-653. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23502661</p>	<p>- 120 lactentes (entre as 6 semanas e 3 meses de idade)</p> <p>RESULTADOS: a duração do choro foi significativamente inferior no grupo amamentado e no grupo da dextrose a 25%, comparativamente ao grupo de controlo. O grau de dor avaliado através do MFCS (<i>Modified Neonatal Facial Coding Score</i>) ao 1º e ao 3º minuto foi significativamente menor no grupo amamentado e no grupo da dextrose a 25%, comparativamente ao grupo de controlo.</p>	<p>procedimento e grupo de controlo ao qual foi dado 2ml de água destilada antes do procedimento.</p>
<p>E9 Nimbalkar S., Chaudhary N., Gadhavi K. & Phatak A. (2013). Kangaroo Mother Care in Reducing Pain in Preterm Neonates on Heel Prick. <i>Indian J Pediatr</i>, 80(1), 6-10. DOI: 10.1007/s12098-012-0760-6</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 50 RN pré-termo (entre 32 e 36 semanas de IG</p> <p>RESULTADOS: o grau de dor avaliado através da escala PIPP foi significativamente inferior no grupo de canguru materno. Todas as componentes avaliadas na PIPP foram significativamente inferiores no grupo submetido a canguru materno, à exceção da SaO2 que não teve alterações significativas nos dois grupos. O canguru materno de curta duração parece ser eficaz no controlo da dor durante a punção de calcanhar.</p>	<p>- Punção de calcanhar - RN divididos em 2 grupos: grupo submetido ao procedimento durante canguru materno iniciado 15 minutos antes e grupo de controlo, submetido ao procedimento sem nenhuma intervenção de controlo de dor.</p>
<p>E10 Modarres M., Jazayeri A., Rahnama P. & Montazer A. (2013). Breastfeeding and pain relief in full-term neonates during immunization injections: a clinical randomized trial. <i>BMC Anesthesiology</i>, 13:22. DOI: 10.1186/1471-2253-13-22.</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 130 RN de termo</p> <p>RESULTADOS: O grupo amamentado apresenta grau da dor significativamente mais baixo do que no grupo de controlo (dor avaliada através da escala DAN (Douleur Aigue du Nouveau-Né). Os três parâmetros avaliados na escala DAN, expressão facial, movimentos dos membros e expressão vocal apresentam valores significativamente mais baixos no grupo amamentado.</p>	<p>- Administração de vacina IM RN divididos em 2 grupos: no grupo da intervenção, os RN foram amamentados antes, durante e após a administração da vacina; no grupo de controlo, os RN ficaram apenas ao colo das mães.</p>

<p>E11 Gabriel M., Mendoza B., Figueroa L., Medina V., Fernández B., Rodríguez M.,... Malagón L. (2014). Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i>, 98, 499-503. DOI:10.1136/archdischild-2012-302921</p>	<p>- Estudo controlado randomizado - 136 RN de termo</p>	<p>- Punção de calcanhar</p>	<p>- RN divididos aleatoriamente em 4 grupos: grupo amamentado com contacto pele com pele; grupo sacarose + contacto pele com pele; grupo contacto pele com pele e grupo de sacarose.</p> <p>RESULTADOS: A amamentação em conjunto com o contacto pele com pele mostrou valores significativamente menores de dor avaliados na escala NIPS, comparativamente aos outros grupos. A percentagem de RN com dor moderada-severa também foi menor no grupo da amamentação + contacto pele com pele. Ambos os grupos (amamentação + contacto pele com pele e sacarose + contacto pele com pele) obtiveram uma percentagem menor de duração do choro comparativamente ao grupo do contacto pele com pele.</p>
<p>E12 Kucukoglu S., Aytakin A., Celebioglu A., Celebi A., Caner I. & Maden R. (2016). Effect of White Noise in Relieving Vaccination Pain in Premature Infants. <i>Pain Management Nursing</i>, 17(6), 392-400. DOI:10.1016/j.pmn.2016.08.006.</p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 75 RN pré-termo (IG entre as 28 e 32 semanas)</p>	<p>- Administração de vacina IM</p>	<p>- RN divididos aleatoriamente em dois grupos. Grupo experimental foi exposto a <i>white noise</i> junto ao berço, um minuto antes da vacinação; grupo de controlo não foi exposto a nenhuma intervenção.</p> <p>RESULTADOS: a FC foi significativamente mais baixa no grupo experimental, em comparação ao grupo de controlo. A frequência respiratória é menor no grupo experimental, após a vacinação. O grau de dor avaliado com a escala PIPP foi significativamente mais baixo no grupo experimental.</p>
<p>E13 Sundaram B., Shrivastava S., Pandian J. & Singh V. (2013). Facilitated tucking on pain in pre-term newborns during neonatal intensive care: A single blinded randomized controlled cross-over pilot trial. <i>J Pediatr Rehabil</i></p>	<p>- Estudo randomizado controlado - 20 RN pré-termo</p>	<p>- Punção do calcanhar</p>	<p>- RN alocados aleatoriamente a dois grupos: grupo experimental usada contenção manual; grupo de controlo, sem qualquer intervenção.</p> <p>RESULTADOS: verifica-se diferença significativa na redução do grau de dor avaliado na escala PIPP no grupo submetido a contenção manual em todos os momentos avaliados (aos 30, 60, 90 e 120 segundos).</p>

Med.,6(1), 19-27.
DOI:10.3233/PRM-130233.

E14
Yin T., Yang L., Lee T., Li C.,
Hua Y. & Liaw J. (2015).
Development of atraumatic
heel-stick procedures by
combined treatment with non-
nutritive sucking, oral
sucrose, and facilitated
tucking: A randomised,
controlled trial. *Int J Nurs
Stud.*,52(8),1288-99. DOI:
10.1016/j.ijnurstu.2015.04.01
2.

- Estudo randomizado
controlado
- 110 RN pré-termo

- Punção de
calcanhar

RN alocados em 5 grupos com diferentes combinações de
intervenções: sucção não nutritiva + contenção manual;
sacarose oral + contenção manual; sucção não nutritiva +
sacarose; sucção não nutritiva + sacarose + contenção
manual; grupo de controlo.

RESULTADOS: a frequência de comportamentos de stress diminui significativamente quando os RN
recebem combinações de intervenções não farmacológicas, antes da punção de calcanhar.
Especificamente, a frequência de expressão facial (careta) diminui significativamente nos RN que
receberam intervenções não farmacológicas, sendo no grupo de sucção não nutritiva + sacarose +
contenção manual onde se observa a maior diminuição. Além disso, a frequência em que se apresentam
sinais de stress como contorcer-se ou extensão de dos membros diminui significativamente no grupo
sucção não nutritiva + sacarose + contenção manual comparativamente aos que receberam cuidados de
rotina.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram estudadas diferentes intervenções não farmacológicas de duas formas, isoladamente ou em conjunto. A administração de soluções açucaradas foi a intervenção mais vezes estudada, estando presente em 8 estudos (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E11, E14). A sucção não nutritiva foi analisada em 4 estudos (E1, E2, E7, E14), a amamentação foi analisada em 3 estudos (E10, E8, E11) e a administração de leite materno (por seringa) foi avaliada em apenas um estudo (E3). Relativamente à contenção, a contenção manual foi avaliada em 3 estudos (E1, E13, E14) e a contenção com lençol em 2 estudos (E6, E7). A contato pele com pele, também descrito como canguru materno, foi avaliado em 3 estudos (E4, E9, E11) e a distração foi estudada apenas em um estudo (E12).

Os estudos analisados nesta revisão sistemática identificaram diversos benefícios na utilização de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha em recém-nascidos e lactentes.

A diminuição do grau de dor obtida pela aplicação de intervenções não farmacológicas surge como o benefício mais vezes encontrado nos estudos analisados. Verificou-se em 9 estudos que existe um grau de dor mais baixo nos grupos onde foi aplicada intervenção não farmacológica, comparativamente ao grupo de controlo, com diferença estatisticamente significativa (E2, E3, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13). Outros dois estudos (E11, E7) também obtiveram resultados semelhantes, ou seja, diminuição do grau de dor através da aplicação de intervenções não farmacológicas, contudo, nestes estudos a comparação foi feita entre diferentes intervenções e não com grupo de controlo, salientando-se, a combinação da amamentação com o contacto pele com pele, no primeiro estudo, e a combinação da sacarose oral, sucção não nutritiva e contenção com lençol, no segundo estudo, como as intervenções mais eficazes na diminuição do grau de dor, associado ao procedimento punção de calcanhar.

Os resultados que apontam para a redução da dor através a aplicação de intervenções não farmacológicas encontra-se de acordo com os resultados obtidos por Pillai et al. (2015), numa revisão sistemática sobre a temática.

Dos estudos incluídos nesta revisão, apenas um (E5) verificou não haver diminuição estatisticamente significativas entre o grau de dor através da aplicação da intervenção não farmacológica (sacarose), no procedimento punção venosa. De salientar que este procedimento foi estudado apenas num dos estudos incluídos na revisão havendo, por isso, dificuldade na generalização de resultados e necessidade de continuar a investigação neste procedimento.

A redução do tempo de choro durante e após o procedimento verificou-se em seis estudos (E1, E2, E4, E5, E8, E11) revelando-se, também, como um dos benefícios da aplicação de intervenções não farmacológicas. Outros achados na literatura atual vão ao encontro destes resultados, Harrison et al. (2016), relata também benefícios na redução do tempo de choro, nomeadamente, quando usada a amamentação como intervenção não farmacológica.

Outro dos benefícios apontados pelas intervenções não farmacológicas encontra-se ao nível dos parâmetros hemodinâmicos. Verifica-se com o uso destas intervenções menores alterações na frequência cardíaca, quer no momento do procedimento quer no período de recuperação (E4, E6, E7, E12). Relativamente à saturação de oxigénio, verificou-se que o uso de intervenções não farmacológicas diminui as oscilações deste valor durante os procedimentos com agulha (E6, E7). Kucukoglu et al. (2016) referem também benefícios ao nível da frequência respiratória, visto que o seu estudo (E12) revelou que este parâmetro se encontra mais baixo após o procedimento quando é usada a distração como intervenção não farmacológica. Contrariamente a isto, no estudo de Nimbalkar et al., (2013) não são descritas oscilações significativas na saturação de oxigénio com a aplicação de intervenção não farmacológica (E9).

Contudo, comparando com dados encontrados na literatura atual, os benefícios nos parâmetros fisiológicos parecem ser evidentes, como mostram Johnston et al. (2014), numa revisão sistemática cujo enfoque está no contacto pele com pele.

A expressão facial nos RN é um dos indicadores de dor mais utilizados pelos profissionais de saúde, nomeadamente a presença de sinais como sulco acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial e tremor do queixo (Batalha, 2010b). Verificam-se benefícios na expressão facial do RN em dois dos estudos analisados (E14, E4), nomeadamente com a aplicação de contacto pele com pele e com a combinação de sucção não nutritiva, sacarose e contenção manual.

Foram ainda apurados outros benefícios das intervenções não farmacológicas como a diminuição da irritabilidade e melhoria do sono após o procedimento (E1) e a diminuição dos sinais de stress (E14)

Parece ser evidente com os resultados obtidos que o uso de intervenções não farmacológicas de forma combinada apresenta maior benefício do que o seu uso isoladamente. Os estudos analisados destacam as combinações de sacarose oral e sucção não nutritiva (E2), a sacarose oral, sucção não nutritiva e contenção com lençol (E7), a amamentação e contacto pele com pele (E11) e a sacarose, sucção não nutritiva e contenção manual (E14).

Outro aspeto que merece destaque após a análise efetuada relaciona-se com as diferentes soluções açucaradas utilizadas. Nos estudos que analisaram o benefício de soluções açucaradas foram usadas diferentes soluções com diversas concentrações, nomeadamente, sacarose a 20% (E1; E14), sacarose a 30% (E2), sacarose a 88% (E5), sacarose a 24%(E7; E11), dextrose a 10% (E3) e dextrose a 25% (E8). Contudo, apesar destas variações em todos os estudos foram evidentes os benefícios da sua utilização. Estes dados permitem inferir que o tipo e concentração da solução, não está diretamente relacionado com o seu benefício. Corroborando com esta conclusão, Kassab et al. (2013) confirmam que não se encontram dados conclusivos acerca do tipo de concentração de solução açucarada mais eficaz.

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática são todos estudos experimentais randomizados e controlados, que de acordo com o *Joanna Briggs Institute*, são os que detêm o maior nível de evidência (JBI, 2014). Relativamente às características da amostra, os estudos revistos apresentam na sua maioria amostras de conveniência, este tipo de amostra inclui os sujeitos disponíveis no local no momento da recolha de dados, contudo estes podem ter características diferentes da população alvo do estudo.

Sendo objetivo desta revisão estudar os benefícios das intervenções não farmacológicas em recém-nascidos e lactentes, verifica-se que apenas em 2 estudos a amostra é composta por lactentes, com idade entre 1 e 3 meses. Este facto constitui uma limitação, no que concerne à avaliação dos benefícios das intervenções não farmacológicas em lactentes entre os 4 e os 12 meses.

Relativamente aos procedimentos estudados, encontra-se também uma lacuna, visto que a punção venosa só é estudada em apenas um dos estudos incluídos, dificultando, assim, a generalização dos resultados encontrados.

Por fim, a última limitação identificada deve-se à heterogeneidade das escalas de avaliação de dor utilizadas. Verificou-se o uso de quatro escalas de avaliação de dor diferentes, sendo que, a escala PIPP foi a mais referida, estando presente em seis estudos (E2,E3,E6,E9,E12,E13). A escala de avaliação de dor NIPS foi usada em dois estudos (E5,E11). As escalas FLACC (E5), DAN (E10) e MFCS (E8) foram usadas apenas em um estudo, cada uma. Este facto traduz limitações na revisão uma vez que dificulta a generalização de resultados.

CONCLUSÃO

As diferenças nas variáveis estudadas e nas formas de avaliação usadas em cada estudo, não permitem uma comparação exata de todos os dados, contudo parece evidente que um dos maiores benefícios do uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha é a diminuição do grau de dor. São também evidentes as melhorias a nível da duração do choro e da estabilidade hemodinâmica dos RN e lactentes submetidos a este tipo de procedimentos. Verificam-se ainda benefícios na diminuição da irritabilidade e dos sinais de stress.

Parece também evidente com a análise dos estudos incluídos nesta revisão que o uso de intervenções não farmacológicas possui maior benefício quando estas são usadas de forma combinada, pelo que deve ser promovido junto dos profissionais de saúde o uso destas intervenções de forma combinada durante os procedimentos com agulha.

Com esta revisão percebeu-se que as intervenções não farmacológicas em recém-nascidos e lactentes tem sido um tema bastante estudado nos últimos anos, contudo a maioria dos estudos concentra-se nos primeiros meses de vida, é necessário estudar dentro do primeiro ano de vida o segundo semestre, entre os 6 e os 12 meses. Relativamente aos procedimentos com agulha, a punção venosa é o procedimento menos estudado, nesta faixa etária, pelo que novas investigações deverão ser conduzidas nesta área.

Os resultados obtidos com esta revisão confirmam e evidenciam os benefícios para os recém-nascidos e lactentes no uso de intervenções não farmacológicas em procedimentos com agulha, pelo que a sua prática deve ser implementada.

O conhecimento das equipas de saúde acerca das intervenções não farmacológicas e dos seus benefícios é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Conhecendo-se a lacuna existente entre a evidência disponível sobre as intervenções não farmacológicas e a frequência do seu uso pelos profissionais de saúde, espera-se que esta revisão acrescente contributos que promovam o uso destas intervenções e consequentemente, a melhoria dos cuidados prestados a esta população vulnerável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAP (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 137 (2), 1-13. **DOI:** 10.1542/peds.2006-2277
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº 2, pp. 73-80. Acedido a 24-04-2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400008&lng=pt&tlng=pt.
- Batalha, L. (2010b). Dor em Pediatria Compreender para Mudar. Lidel. **ISBN:** 978-972-757-593-0
- Cordero, M., Garcia, L., López, A., Villar, N., Castillo, R. & Garcia, I. (2015). Procedimientos no farmacológico para disminuir el dolor de los neonatos: revisión sistemática. *Nutr Hosp* 32(6), pp. 2496-2507. **DOI:**10.3305/nh.2015.32.6.10070
- DGS (2012). *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 (2012b). *Orientações técnicas sobre controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.
- Harrison D., Reszel J., Bueno M., Sampson M., Shah V., Taddio A., ...Turner L. (2016) Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD011248. **DOI:** 10.1002/14651858.CD011248.pub2.
- Harrison et al (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
- INE (2016). *Estatísticas demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística **ISBN:** 978-989-25-0405-6
- JB I (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Adelaide, Austrália. Acedido a 12-11-2017. Disponível em <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- Johnston C, Campbell-Yeo M., Fernandes A., Inglis D., Streiner D. & Zee R. (2014) Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD008435. **DOI:** 10.1002/14651858.CD008435.pub2
- Kucukoglu S., Aytekin A., Celebioglu A., Celebi A., Caner I. & Maden R. (2016). Effect of White Noise in Relieving Vaccination Pain in Premature Infants. *Pain Management Nursing*, 17(6), 392-400.

DOI:10.1016/j.pmn.2016.08.006.

Nimbalkar S., Chaudhary N., Gadhavi K. & Phatak A. (2013). Kangaroo Mother Care in Reducing Pain in Preterm Neonates on Heel Prick. *Indian J Pediatr*, 80(1), 6-10.

DOI: 10.1007//s12098-012-0760-6

Pillai R., Racine N., Gennis H., Turcotte K, Uman L., Horton R., ... Lisi D.(2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 12. Art. No.: CD006275.

DOI: 10.1002/14651858.CD006275.pub3.

Taddio A. et al (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ REVIEW* . **DOI:** 10.1503/cmaj.101720

Wente, S. (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: a Systematic Review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*. Volume 39, pp. 140-150 **DOI:**10.1016/j.jen.2012.09.011

APÊNDICE G

Cronograma do Projeto de Estágio

APÊNDICE H

Planos das Sessões de formação apresentadas

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - UCSP

TEMA – Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos com agulha

GRUPO – Equipa de Enfermagem da UCSP de [REDACTED]

LOCAL – UCSP de [REDACTED]

DATA – 23 de maio de 2017

Objetivo geral:

- Promover uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha.

Objetivos Específicos:

- Compreender a importância das intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos;
- Especificar quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor adequadas a procedimentos com agulha no primeiro ano de vida;
- Dar a conhecer à equipa de Enfermagem o projeto de estágio a desenvolver.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do preletor - Referência ao tema e conteúdos a serem abordados 	Expositivo	Suporte Informático (PowerPoint)	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos objetivos da sessão - Importância do controlo da dor durante a realização de procedimentos dolorosos - Intervenções não farmacológicas no alívio de dor em procedimentos com agulha, no primeiro ano de vida (distração, amamentação, soluções açucaradas, contenção manual ou com lençol, posicionamento, sucção não nutritiva) - Intervenções não farmacológicas no alívio de dor em procedimentos em crianças em idade pré-escolar e escolar (imaginação guiada, reforço positivo e relaxamento muscular/exercícios respiratórios) - Apresentação sumária do projeto de estágio 	Expositivo Interativo	Suporte Informático (PowerPoint) Diálogo	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão 	Interativo	Diálogo	10 minutos

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – UUP

TEMA – Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos com agulha

GRUPO – Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de [REDACTED]

LOCAL – Centro Hospitalar de [REDACTED] Serviço de Pediatria

DATA – 25 de outubro de 2017

Objetivo geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos invasivos

Objetivos Específicos:

- Conhecer a importância do controlo da dor

- Compreender a importância das intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos invasivos

- Especificar quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor adequadas a procedimentos com agulha

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	- Apresentação do preletor - Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte Informático (Computador Videoprojetor)	5 minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão - Importância do controlo da dor durante a realização de procedimentos dolorosos - Intervenções não farmacológicas no alívio de dor em procedimentos com agulha, no primeiro ano de vida (distração, amamentação, soluções açucaradas, contenção manual ou com lençol, posicionamento, sucção não nutritiva) - Intervenções não farmacológicas no alívio de dor em procedimentos em crianças em idade pré-escolar e escolar (imaginação guiada, reforço positivo e relaxamento muscular/exercícios respiratórios) - Visualização de pequeno vídeo exemplificativo de algumas das intervenções não farmacológicas abordadas.	Expositivo Interativo	Suporte Informático (Computador videoprojetor) Diálogo	15 minutos
Conclusão	- Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão através de questionário	Interativo	Diálogo Questionário de avaliação da Sessão	10 minutos

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – UCIN

TEMA – Controlo da dor em procedimentos com agulha: intervenções não farmacológicas

GRUPO – Equipa de Enfermagem da UCIN do Hospital [REDACTED], EPE

LOCAL – Hospital [REDACTED], UCIN

DATA – 16 de novembro de 2017

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos invasivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender a importância do controlo da dor em recém-nascidos

- Conhecer as intervenções não farmacológicas mais adequadas para o controlo da dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos

- Apresentar o projeto de estágio

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	- Apresentação do preletor - Referência ao tema e aos objetivos da sessão	Expositivo	Suporte Informático (Computador Videoprojector)	5 minutos
Desenvolvimento	- Enquadramento das especificidades da dor em neonatologia - Importância do controlo da dor em procedimentos invasivos em recém-nascidos - Intervenções não farmacológicas no alívio de dor em procedimentos invasivos em recém-nascidos (amamentação, soluções açucaradas, contenção manual ou com lençol, canguru materno, sucção não nutritiva) - Visualização de pequeno vídeo exemplificativo de algumas das intervenções não farmacológicas abordadas.	Expositivo Interativo	Suporte Informático (Computador videoprojetor) Diálogo	15 minutos
Conclusão	- Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão através de questionário	Interativo	Diálogo Questionário de avaliação da Sessão	10 minutos

APÊNDICE I

Diapositivos das Sessões de Formação apresentadas

Diapositivos da Sessão de Formação apresenta à equipa de Enfermagem da UCSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: intervenções não farmacológicas

Enfª Dina Morganheira
Enfª Claudia Mateus
Prof. António Casa Nova

Objetivos

Objetivo Geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha

Objetivos Específicos

- Compreender a importância das intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos invasivos
- Especificar quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor adequadas a procedimentos com agulha
- Dar a conhecer à equipa de enfermagem o projeto de estágio a desenvolver



A 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).

A dor em Pediatria

- Os procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos, são a causa mais frequente de dor na criança. A dor associada aos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável e, quase sempre, acompanhada por medo e ansiedade. (DGS, 2012)
- As crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor não seja adequado, posteriormente, apresentam mais dor, mesmo quando empregues medidas de alívio eficazes. As experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor. (Batalha, 2010)
- Dor não controlada causa mais impacto nas faixas etárias mais baixas, nos prematuros pode comprometer o desenvolvimento cerebral e em lactentes pode levar a alterações nas respostas à dor (Harrison et al 2014); memórias traumáticas (Sparks, Setlik & Luhman, 2007).

A dor em Pediatria

- A vacinação é a mais comum fonte de dor iatrogénica na infância e é repetida várias vezes com maior incidência no primeiro ano de vida (Taddio et al, 2010)
- 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)
- A nível neonatal 65% dos procedimentos invasivos realizados são punção do calcanhar e punção venosa (Batalha, 2010b)



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas de alívio da dor

Atualmente existem intervenções não farmacológicas e farmacológicas que têm eficácia comprovada e podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor e a ansiedade causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes (DGS, 2012; OMS, 2015; AAP, 2016; Taddio et al, 2010).

Os objetivos das intervenções não farmacológicas são diminuir o medo, reduzir o stress e dor e melhorar a capacidade de controlo; ajudar a reduzir também o stress dos pais

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Departamento de
Qualidade na Saúde
Direção-Geral da Saúde
Ministério da Saúde
www.dgs.pt

112 anos
1899-2012

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 – dspdp@dgs.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 na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Departamento de
Qualidade na Saúde
Direção-Geral da Saúde
Ministério da Saúde
www.dgs.pt

112 anos
1899-2012



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: dspdp@dgs.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 na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

Punção do calcanhar

1. Considerar sempre que possível a punção venosa periférica
2. Utilizar dispositivos mecânicos
3. Medidas ambientais e de conforto
4. Não-farmacológicas:
 - Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
 - Contenção, ou canguru materno



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas de alívio da dor

A categorização das medidas não farmacológicas para alívio da dor podem ser agrupadas em comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais (Batalha, 2010)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas

- Distração
- Amamentação
- Soluções açucaradas
- Contenção Manual ou com lençol
- Posicionamento
- Sucção não nutritiva

(AAP, 2016, DGS, 2012, OMS, 2015, Taddio et al, 2010)



Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos

Distração

- Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver imagens, contar histórias, ver vídeos) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão) de acordo com a idade e preferência da criança (DGS, 2012)

Amamentação

- Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final (DGS, 2012)

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos

Soluções Açucaradas

- Glicose 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 pois envolvem a libertação de opióides endógenos e distração (Batalha, 2010)

Sucção não nutritiva

- Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica.
- Usar apenas em lactentes que já utilizam chupeta (DGS, 2012)

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos

Contenção Manual ou com lençol

- Envolver o lactente num lençol, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca - *Swaddling*
- Contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou dos pais para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão – *facilitated tucking e containment* (DGS, 2012)
- Útil até ao desaparecimento do [Reflexo de Moro](#)

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos

Posicionamento

- 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 procedimentos (crianças em idade pré-escolar ou 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)



(vídeo)

<https://www.youtube.com/watch?v=5Oqa1Fag5eQ>



Projeto de Estágio

- Sensibilizar para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha ao longo dos três locais de estágio
- Aplicar intervenções não farmacológicas no alívio da dor e avaliar o benefício destas através da escala de dor FLACC (*Face, legs, activity, cry, consolability*)

Projeto de Estágio – Escala FLACC

INDICADOR	DESCRIÇÃO
Face	0. Nenhuma expressão particular ou sorriso 1. Careta ocasional ou franzir de sobrancelhas, alheio, desinteressado 2. Constante franzir de sobrancelhas, maxilares cerrados, queixo trêmulo
Pernas	0. Posição normal ou relaxadas 1. Inquietas, agitadas, tensas 2. Aos pontapés ou com as pernas encolhidas
Atividade	0. Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente 1. Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso 2. Arqueado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	0. Ausência de choro (acordado ou adormecido) 1. Gemidos ou lamentos, queixas ocasionais 2. Choro persistente, gritos ou suspiros, queixas frequentes
Consolabilidade	0. Contente, relaxado 1. Encorajado por toques ocasionais, abraços, conversas. Distrai-se. 2. Difícil de consolar ou confortar

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



(vídeo)

<https://www.youtube.com/watch?v=L43y0H6XEH4&t=3s>

Referências Bibliográficas:

- 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, pp.440-447
DOI: 10.1016/j.pedn.2007.04.010
- Taddio A. Et al (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: na evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ REVIEW*
DOI: 10.1503/cmaj.101720
- OMS (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516.
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa: 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, pp. 73-80
- AAP (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2)
DOI: 10.1542/peds.2006-227
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Harrison et al (2014). Too Many crying babies: a systematic review of pain management practives during immunizations on Youtube. *BMC Pediatrics* 14:134
- Harrison, D., Yamada, J. & Stevens, B. (2010). Strategies for the Prevention and Management of Neonatal and Infant Pain. *Curr Pain Headache Rep*. Vol. 14, nº 2 p. 113-123.



Diapositivos da sessão de Formação apresentada à equipa de Enfermagem da UUP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: intervenções não farmacológicas

Dina Morganheira
Orientadora Enfª Mafalda Fortuna
Professor António Casa Nova

Objetivos

Objetivo Geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos invasivos

Objetivos Específicos

- Conhecer a importância do controlo da dor
- Compreender a importância das intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos invasivos
- Especificar quais as intervenções não farmacológicas de alívio de dor adequadas a procedimentos com agulha, adequadas às diferentes faixas etárias



A 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).

A dor em Pediatria

- Os procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos, são a causa mais frequente de dor na criança. A dor associada aos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável e, quase sempre, acompanhada por medo e ansiedade. (DGS, 2012)
- As crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor não seja adequado, posteriormente, apresentam mais dor, mesmo quando empregues medidas de alívio eficazes. As experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor. (Batalha, 2010)
- Dor não controlada causa mais impacto nas faixas etárias mais baixas, nos prematuros pode comprometer o desenvolvimento cerebral e em lactentes pode levar a alterações nas respostas à dor (Harrison et al 2014); memórias traumáticas (Sparks, Setlik & Luhman, 2007).

A dor em Pediatria

- A vacinação é a mais comum fonte de dor iatrogénica na infância e é repetida várias vezes com maior incidência no primeiro ano de vida (Taddio et al, 2010)
- 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)
- Em neonatologia 65% dos procedimentos invasivos realizados são punção do calcanhar e punção venosa (Batalha, 2010b)



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas de alívio da dor

Atualmente existem intervenções não farmacológicas e farmacológicas que têm eficácia comprovada e podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor e a ansiedade causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nos lactentes (DGS, 2012; OMS, 2015; AAP, 2016; Taddio et al, 2010).

Os objetivos das intervenções não farmacológicas são diminuir o medo, reduzir o stress e dor e melhorar a capacidade de controlo; ajudar a reduzir também o stress dos pais



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas de alívio da dor

A categorização das medidas não farmacológicas para alívio da dor podem ser agrupadas em comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais (Batalha, 2010)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos e Lactentes: Intervenções não farmacológicas

- Distração
- Amamentação
- Soluções açucaradas
- Contenção Manual ou com lençol
- Posicionamento
- Sucção não nutritiva

(AAP, 2016, DGS, 2012, OMS, 2015, Taddio et al, 2010)



ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Deputado Secretário
Executivo Interventor Regional
2009/10 – 2010/11 – 2011/12 – 2012/13
Direção-Geral da Saúde
Ministério da Saúde
Lisboa 2012.12.18 17:58:07

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 – dspdps@dgs.pt

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos – RN e lactentes

Distração

- Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver imagens, contar histórias, ver vídeos) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão) de acordo com a idade e preferência da criança (DGS, 2012)

Amamentação

- Combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico, a redução das respostas à dor parece estar mediada pelo sistema opioide endógeno.
- Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final (DGS, 2012)

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos – RN e lactentes

Soluções Açucaradas

- Glicose 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).
- Comprovadas no alívio da dor pois envolvem a libertação de opióides endógenos e distração (Batalha, 2010)

Sucção não nutritiva

- Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. A estimulação oro tátil atua como fonte autorreguladora para o lactente.
- Usar apenas em lactentes que já utilizam chupeta (DGS, 2012)

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Francisco
Henrique
Moura
George

112 ANOS

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

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: dspdps@dgs.pt

Glicose a 30%
ou Sacarose a
24%

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml.

Doses máximas/procedimento:
27-31 semanas de IG: 0,5 ml
32-36 semanas de IG: 1 ml
Recém-nascidos de termo: 2 ml

Frequência máxima de 4 tomas no
prematuro; 6 tomas no RN de termo

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos – RN e lactente

Contenção Manual ou com lençol

- Envolver o lactente num lençol, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca - *Swaddling*
- Contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou dos pais para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão – *facilitated tucking e containment* (DGS, 2012)
- Útil até ao desaparecimento do [Reflexo de Moro](#)
- A contenção é uma forma de apoio postural que não envolve o uso de força, permite evitar a desorganização motora que é, habitualmente fonte de stress nesta idade.

Contenção Manual ou com lençol



Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos

Posicionamento

- 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, Spark et al, 2007).

Posicionamento



Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos (crianças em idade pré-escolar ou 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)

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.</p>	<p><i>Procedimento para Intervenção Não-farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--
		Próxima revisão:	--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00





Be Sweet To Babies During Painful Procedures

(vídeo)

<https://www.youtube.com/watch?v=L43y0H6XEh4&t=3s>

Referências Bibliográficas:

- 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, pp.440-447
DOI: 10.1016/j.pedn.2007.04.010
- Taddio A. Et al (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: na evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ REVIEW*
DOI: 10.1503/cmaj.101720
- OMS (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516.
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa: 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, pp. 73-80
- AAP (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2)
DOI: 10.1542/peds.2006-227
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Harrison et al (2014). Too Many crying babies: a systematic review of pain management practives during immunizations on Youtube. *BMC Pediatrics* 14:134
- Harrison, D., Yamada, J. & Stevens, B. (2010). Strategies for the Prevention and Management of Neonatal and Infant Pain. *Curr Pain Headache Rep*. Vol. 14, nº 2 p. 113-123.



Diapositivos da sessão de Formação apresentada à equipa de Enfermagem da UCIN

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

***Controlo da dor em procedimentos com agulha:
intervenções não farmacológicas***

Dina Morganheira
Orientadora Enf^a Cristina Pedro
Professor António Casa Nova

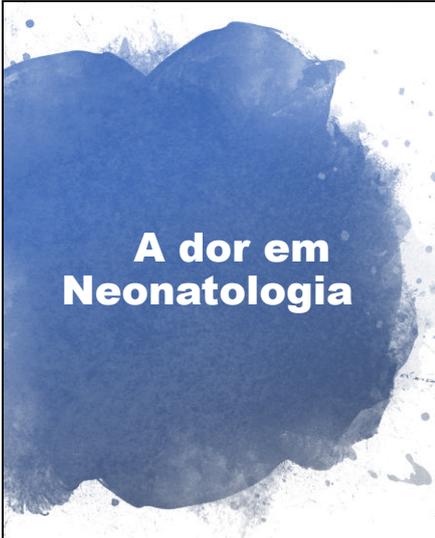
Objetivos

Objetivo Geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o uso de intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha

Objetivos Específicos

- Compreender a importância do controlo da dor em recém-nascidos
- Conhecer as intervenções não farmacológicas mais adequadas para o controlo da dor em procedimentos com agulha em recém-nascidos
- Apresentar o projeto de estágio



A dor em Neonatologia

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).



A dor em Neonatologia

- Anualmente, nascem em todo o mundo 15 milhões de bebés pré-termo, que apresentam uma taxa de morbimortalidade mais elevadas associada a esta condição, não só nos primeiros dias de vida como também no futuro.
- Devido a isto, os RN pré-termo são sujeitos a um elevado número de procedimentos invasivos durante o seu período de internamento (Cordero et al 2015).
- Estes RN internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são expostos a procedimentos dolorosos, estimando-se que, em média, cada um sofra cerca de oito a dez eventos dolorosos por dia (Batalha, 2010).

A dor em Neonatologia

- Os três principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão presentes e funcionais à 24ª semana de gestação, contrariamente ao seu sistema inibidor, ainda indiferenciado aos três meses de vida. O RN apresenta à 20ª semana de gestação uma densidade de recetores cutâneos de dor maior que o adulto. Ao nascimento possui uma maior atividade metabólica perante o estímulo doloroso, uma menor taxa de substâncias inibidoras da dor e uma maturação imperfeita dos interneurónios na substância gelatinosa, o que conduz a um controlo ineficaz a nível medula. (Batalha, 2010)



A dor em Neonatologia

Consequências da dor a curto prazo no RN:

- Respostas fisiológicas: Aumento da FC e FR. Diminuição da SatO₂, aumento da pressão intracraniana;
- Aumento das hormonas de stress como as catecolaminas, a aldosterona e o cortisol;
- Respostas comportamentais: expressão facial de dor e choro;
- Alterações no padrão de sono-vigília;
- Aumento da morbidade por alteração de vários sistemas

(Saldanha, Moniz & Machado, 2017)

A dor em Neonatologia

Consequências da dor a médio/longo prazo no RN:

A Dor não controlada em RN, particularmente em RN pré-termo pode comprometer o desenvolvimento cerebral (Harrison et al 2016).

- tendência para somatizações
- alterações na sensibilidade a procedimentos dolorosos similares no futuro
- alterações do esquema corporal
- alterações comportamentais, emocionais e da aprendizagem

(Stevens et al, 2017; Batalha, 2010b)

A dor em Neonatologia

- Os procedimentos dolorosos são de origem diagnóstica, profilática ou terapêutica. Os mais frequentes são a punção de calcanhar, a injeção intramuscular para administração de vacinas e punção venosa (Cordero et al 2015)

- Em neonatologia 65% dos procedimentos invasivos realizados são punção do calcanhar e punção venosa (Batalha, 2010b)



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Atualmente existem intervenções não farmacológicas que têm eficácia comprovada e podem ser aplicadas com segurança, reduzindo a dor causada pela generalidade dos procedimentos invasivos em RN (DGS, 2012; OMS, 2015; AAP, 2016).

Devido à frequência dos procedimentos dolorosos e ao reduzido leque de fármacos analgésicos disponíveis em neonatologia, as **intervenções não farmacológicas** constituem a primeira linha de prevenção e tratamento da dor ligeira em RN (DGS, 2012)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

- Amamentação
- Soluções açucaradas
- Contenção Manual ou com lençol
- Canguru Materno
- Sucção não nutritiva

(AAP, 2016, DGS, 2012, OMS, 2015, Cordero, 2015)



ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Departamento
de
Saúde
Pública
e
Controlo
de
Doenças
Infecciosas
e
Parasitárias

112 anos
1901-2012

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

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: dspdps@dgs.pt

Controlo da dor em RN: cuidados gerais

- Controlar a luz e o ruído;
- Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
- Posicionar o RN confortavelmente e mobiliza-lo suavemente;
- Realizar manipulação mínima aos RN gravemente doentes;
- Utilizar sistematicamente a contenção manual ou com lençol conforme apropriado
- Espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento para ajustar as intervenções em conformidade

(DGS, 2012)



Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Amamentação

- Combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico, a redução das respostas à dor parece estar mediada pelo sistema opioide endógeno.
- Colocar o RN ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final (DGS, 2012)
- A amamentação durante os procedimentos dolorosos, reduz as respostas comportamentais à dor, como o tempo de choro e a grau de dor na aplicação de escalas de avaliação de dor. (Harrison et al 2016)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Soluções Açucaradas

- Glicose a 30% ou Sacarose a 24% (DGS, 2012)
- Administrar solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chupeta na solução, 2 minutos antes do procedimento. É eficaz durante o primeiro ano de vida (DGS, 2012).
- Comprovadas no alívio da dor pois envolvem a estimulação oro-gustativa que ativa o sistema opioide endógeno (DGS, 2012; Batalha, 2010).
- Em procedimentos superiores a 60segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30segundos (DGS, 2012).

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Sacarose a
24% ou
Glicose a 30%

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml.

Doses máximas/procedimento:

27-31 semanas de IG:0,5 ml

32-36 semanas de IG:1 ml

Recém-nascidos de termo: 2 ml

Frequência máxima de 4 tomas no
prematuro; 6 tomas no RN de termo

(DGS, 2012)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Sucção Não Nutritiva

- Oferecer a chupeta como medida terapêutica aos RN com idade gestacional superior a 30 semanas (DGS, 2012).
- A estimulação orotátil encontra-se bastante ativa e é autorreguladora para os RN (DGS, 2012).
- Deve ser utilizada em conjunto com as soluções açucaradas pois potencia o seu efeito (Motta & Cunha, 2015)

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Contenção manual ou com lençol

- Contenção com lençol - envolver o RN num lençol, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca - *Swaddling*
- Contenção manual - utilização das mãos do profissional ou dos pais para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão – *facilitated tucking e containment*.
- A contenção é uma forma de apoio postural que não envolve o uso de força; destina-se a promover a autorregulação, a evitar a desorganização motora e a facilitar a aproximação da mão à boca promovendo a sucção e autoconsolo (DGS, 2012).

Procedimentos invasivos em Recém-nascidos: Intervenções não farmacológicas

Canguru Materno

- Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas a fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor (DGS, 2012).
- Trata-se de uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo (DGS, 2012).
- A utilização do método canguru, especialmente em RN pré-termo, diminui a intensidade da dor durante procedimentos dolorosos, sendo também significativamente menores as alterações de FC e SatO₂ (Cordero et al, 2015).

Projeto de Estágio – Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas

- Contribuir para a promoção do uso de intervenções não farmacológicas
 - Sessão de formação à equipa de Enfermagem;
 - Norma de Procedimento de Enfermagem relativa às intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos com agulha.
- Aplicar intervenções não farmacológicas no alívio da dor e avaliar o benefício destas através da escala de dor FLACC (*Face, legs, activity, cry, consolability*) / *NIPS*
 - Delimitação dos procedimentos:
 - Vacinação
 - Punção venosa
 - Punção do calcanhar
 - Delimitação da faixa etária
 - Primeiro ano de vida



Be Sweet To Babies During Painful Procedures

(Vídeo)

<https://www.youtube.com/watch?v=L43y0H6XEh4&t=3s>

Referências Bibliográficas:

- OMS (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, no.39, pp.505-516.
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém nascidos (0 a 28 dias)*. Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa: 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, pp. 73-80
- AAP (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 2016; 137 (2)
DOI: 10.1542/peds.2006-227
- Motta, G. & Cunha, M. (2015). *Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1):131-5
- Saldanha, J., Moniz, C. & Machado, M. (2017). *Nascer pré-termo Cuidados Multidisciplinares*. Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria. ISBN: 978-989-98460-9-8
- Harrison et al (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD011248.
- Stevens et al (2016). *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD001069.
- Cordero et al (2015). Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 32(6):2496-2507



APÊNDICE J

Questionário de Avaliação da Sessão de formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

O preenchimento deste questionário avaliativo é anónimo e tem como propósitos a melhoria da formação e perceber se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Médio; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

Quanto à sessão formativa:	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros?				
Considera o tema apresentado relevante para a sua prática diária de cuidados?				
Os meios audiovisuais foram adequados?				
A duração da sessão foi adequada?				
Quanto ao formador:	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados?				
Demonstrou domínio do tema?				
Criou um clima favorável à participação dos formandos?				
Conseguiu esclarecer dúvidas colocadas durante a sessão?				

Considera que a sessão apresentada aumentou os seus conhecimentos sobre o tema abordado?

Muito Pouco Nada

Após esta sessão de formação tenciona utilizar intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha com mais frequência do que utilizava?

Sim Não

Das intervenções não farmacológicas mais adequadas a crianças com menos de 12 meses de idade, qual ou quais tenciona utilizar com mais frequência?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Amamentação | <input type="checkbox"/> | Distração | <input type="checkbox"/> |
| Glicose a 30% | <input type="checkbox"/> | Contenção (manual ou com lençol) | <input type="checkbox"/> |
| Sucção não nutritiva | <input type="checkbox"/> | Posicionamento (colo dos pais/cuidador) | <input type="checkbox"/> |

Sugestões e/ou comentários:

Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE K

Norma de procedimento de Enfermagem:

Colheita de sangue para o rastreio neonatal



UCSP



Norma de procedimento de
Enfermagem: Colheita de
Sangue para o Rastreio
Neonatal

Norma 02

OBJETIVOS:

- Uniformizar as práticas de Enfermagem relativamente à colheita de Sangue para o Rastreio Neonatal;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados aos Recém-nascidos;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa de Enfermagem.

DESTINATÁRIOS:

- Equipa de Enfermagem da UCSP de [redacted]

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM O PROCEDIMENTO:

- Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

PRINCÍPIOS GERAIS:

- O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce realiza testes de rastreio neonatal que permitem identificar as crianças que sofrem de doenças, quase sempre genéticas, que podem beneficiar de tratamento precoce. Com este programa rastreiam-se, atualmente, 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo e o Hipotiroidismo Congénito. Inclui, ainda, um estudo piloto do rastreio de uma outra doença genética, a Fibrose Quística, cujo objetivo é o mesmo, permitir que cada criança rastreada possa tirar benefício do diagnóstico precoce, de modo a evitar tanto quanto possível as complicações da doença;
- Doenças Hereditárias do Metabolismo: nestas doenças o organismo da criança afetada não consegue utilizar determinadas substâncias que fazem parte da sua alimentação e que, em excesso, são tóxicas para o sistema nervoso central;
- Hipotiroidismo Congénito: nesta patologia a tiróide não existe ou funciona mal, não produzindo quantidades suficientes da hormona tiroxina que é fundamental para o desenvolvimento físico e mental;
- Fibrose Quística: é uma doença genética que provoca problemas nutricionais e um atingimento pulmonar progressivo grandemente responsável pela gravidade da doença;
- A colheita de sangue para o Rastreio Neonatal deve ser feita entre o 3º e o 6º dia de vida do Recém-nascido. Embora a colheita após o 6º dia de vida vá atrasar o início de um eventual tratamento, deverá ser sempre efetuada, mesmo que tardiamente;
- No momento da colheita de sangue o Recém-nascido deverá estar a ser alimentado com um suporte proteico adequado há, pelo menos, 48 horas;
- Não devem ser utilizadas pomadas analgésicas ou anticoagulantes.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

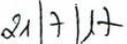
- Higienizar as mãos para prevenir infeções;
- Preparar o material necessário para a colheita de sangue (álcool a 70º, compressas, agulha,

Elaborado: Enf. Cláudia Mateus Enf. Dina Morganheira	Data 19.07.2017	Aprovado 24/7/17	Data 	Pág. 1/3
--	--------------------	---------------------	----------	-------------

 UCSP	 ACES AUDIÇÃO SENTIDO	Norma de procedimentos de Enfermagem: Colheita de Sangue para o Rastreo Neonatal	Norma 02
---	--	---	----------

ficha do rastreio, luvas);

- Explicar o procedimento aos pais, esclarecendo eventuais dúvidas e entregando o respetivo folheto informativo;
- Proceder ao preenchimento do impresso de rastreio, confirmando com os pais os dados relativos à morada e contacto telefónico;
- Realizar o aquecimento do local de punção (calcâneo);
- Executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor. Nos bebés amamentados devemos colocar o bebé à mama cerca de 5 minutos antes do procedimento e manter a amamentação durante e após a colheita de sangue. Se o bebé não estiver a ser amamentado ou se a mãe não estiver presente, deverá ser feito o procedimento com o bebé ao colo do cuidador, de preferência em contacto pele com pele, com o intuito de minimizar a dor e stress do bebé;
- Desinfetar o calcâneo do bebé com álcool a 70° e deixar secar antes de punccionar;
- Punccionar duas vezes consecutivas, no lado esquerdo ou direito do calcâneo;
- Deixar formar uma gota de sangue no calcâneo e preencher o 1º círculo da ficha do rastreio e, de seguida, preencher os outros 3 círculos. Se houver dificuldade na colheita podem ser preenchidos apenas os primeiros 2 círculos, desde que fiquem completamente preenchidos;
- Verificar se outra face do papel de filtro também ficou bem impregnada. Se não ficou a colheita não é válida;
- Pressionar o local da punção para assegurar a hemóstase, se necessário colocar penso rápido;
- Deixar secar o impresso de rastreio à temperatura ambiente (cerca de 3 a 4 horas) antes de enviar, evitando a exposição direta ao sol e outras fontes de calor;
- Destacar o talão com o código de barras de acesso à internet do impresso do rastreio e afixar ao Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança, explicando aos pais como deve ser feito o acesso para conhecer o resultado e esclarecendo eventuais dúvidas;
- Efetuar os registos de enfermagem no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança e no programa SCLínico, nomeadamente na plataforma PNSIJ, na Avaliação inicial e nas Atitudes terapêuticas;

Elaborado: Enf. Cláudia Mateus Enf. Dina Morganheira	Data 19.07.2017	Aprovado 	Data 	Pág. 2/3
--	--------------------	---	--	-------------



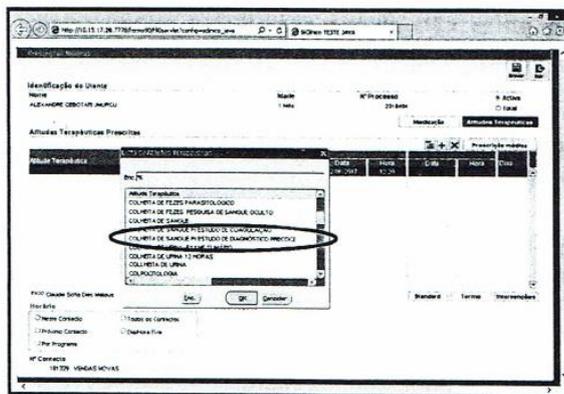
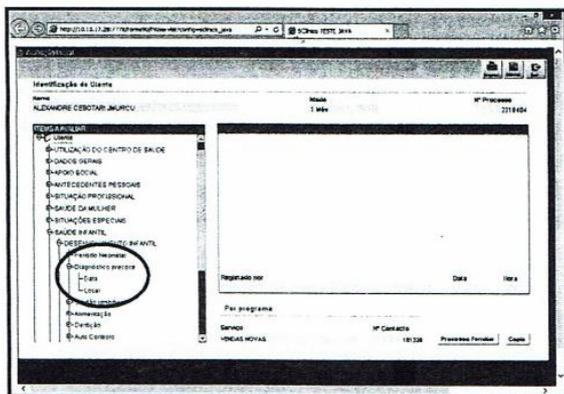
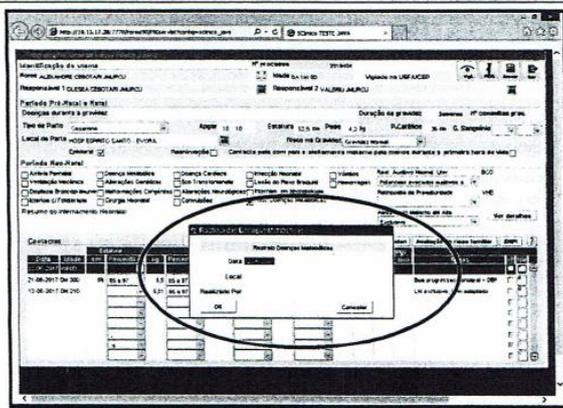
UCSF



Norma de procedimento de Enfermagem: Colheita de Sangue para o Rastreo Neonatal

Norma 02

17/07/2017



- Entregar o impresso de rastreo ao funcionário administrativo responsável pelo envio do correio;
- Assegurar a marcação de consulta de enfermagem para o recém-nascido uma semana após a realização do rastreo ou antes, sempre que se justifique. Essa consulta de enfermagem deverá ser marcada, sempre que possível, para o horário de consulta médica de saúde infantil do seu médico de família;
- Assegurar a marcação de consulta médica para o recém-nascido antes dos 28 dias de vida.

Elaborado: Enf. Cláudia Mateus Enf. Dina Morganheira	Data 19.07.2017	Aprovado <i>[Assinatura]</i>	Data <i>[Assinatura]</i>	Pág. 3/3
--	--------------------	---------------------------------	-----------------------------	-------------

APÊNDICE L

**Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de
Procedimentos Dolorosos em Pediatria
(Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)**

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	{--/--/--}
		Próxima revisão:	{--/--/--}
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

A maioria dos procedimentos realizados à criança são traumáticos, dolorosos, desagradáveis ou geradores de medo. Neste sentido, o presente documento foi elaborado com os seguintes objetivos:

- Prevenir ou minimizar a dor e ansiedade da criança/família, quando sujeitos a procedimentos que causem lesão corporal, dor ou ansiedade;
- Promover o sentimento de controlo da criança/família, durante os procedimentos dolorosos;
- Fomentar a implementação de técnicas de intervenção não-farmacológica, para o alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos;
- Proporcionar a presença e colaboração dos pais, enquanto parceiros no cuidar da criança.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros que desempenham funções na área Pediátrica (UUP e Serviço de Pediatria), sempre que seja necessário a realização de procedimentos dolorosos.

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

3. Siglas, abreviaturas e definições

Siglas

- OE – Ordem dos Enfermeiros
- DGS – Direção Geral de Saúde
- E.P.E – Entidade Pública Empresarial;
- HQS – Health Quality Service;
- IASP - Internacional Association for the Study of Pain;
- UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração.
- UUP – Unidade de Urgência Pediátrica;
- SP – Serviço de Pediatria

Abreviaturas

- Enf.^a - Enfermeira
- Enf.^o - Enfermeiro
- ml - mililitros

4. Referências

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1^a ed. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda, ISBN 978-972-757-593-0
- Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, David (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente*. Loures, Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- OE (2013). Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor da criança. Cadernos OE. Serie 1 Número 6 ISBN: 978-989-8444-23-3

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde.
- DGS (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde.
- Manual Internacional de Acreditação de Hospitais HQS 2017

5. Responsabilidades

5.1. Divulgação e implementação

Enf.º Chefe

5.2. Execução

Equipa de enfermagem da área Pediátrica (UUP e SP).

6. Procedimento

Considerações Gerais

A dor tem sido definida pela IASP como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou em potencial do tecido corporal. Os estados de ansiedade, raiva, depressão, medo, solidão e medo de invasão do corpo podem alterar a perceção e a expressão da dor. Embora a manifestação e reação face à dor varie muito, ela está presente em todas as idades, provavelmente os lactentes prematuros até sentem mais dor do que um adulto quando submetidos ao mesmo estímulo.

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXX.00

A DGS (2012) indica que os procedimentos são a causa mais comum de dor na criança que recorre aos serviços de saúde e acrescenta que, a dor provocada por estes é uma experiência sensorial e emocional desagradável, que pode ser agravada pelo medo e ansiedade da criança e dos pais.

Uma reação positiva por parte dos pais face à realização de um procedimento doloroso, pode ajudar a criança a enfrentar a situação, no entanto uma reação negativa por parte dos pais, pode exacerbar a dor da criança. Neste sentido, torna-se imprescindível o acompanhamento permanente dos pais juntos das crianças.

A resposta comportamental à dor depende, também, da idade da criança:

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 nasolabial 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.

As crianças que já andam, **Toddlers**, e as que estão em **Idade Pré-escolar**, podem manifestar a sua dor, da seguinte forma:

- Choro forte e gritos;
- Expressões verbais como “Au”, “Ai”, “Dói”;
- Batimentos com os membros superiores e inferiores;
- Falta de cooperação, é necessária contenção física;
- Tentativa de afastar o estímulo antes que seja aplicado;
- Agarra-se aos pais ou a outras pessoas significativas;
- Contrair a face numa expressão de dor;
- Irritabilidade.

	<i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXX.00

As crianças em **Idade Escolar** e os **Adolescentes** podem permanecer tranquilas enquanto sentem a dor ou podem manifestar comportamentos de dor similares aos das crianças mais jovens, referidos anteriormente. No entanto, nesta faixa etária as crianças demonstram tipicamente menos comportamentos evidentes de dor do que as crianças mais novas, devido ao aumento das capacidades cognitivas. O que lhes permite entender a necessidade da realização dos procedimentos dolorosos, podendo recorrer a estratégias comportamentais e cognitivas para lidar com a dor. São sinais de dor típicos destas faixas etárias: punhos fechados, dentes cerrados, rigidez muscular, olhos fechados e testa enrugada.

Verifica-se uma elevada frequência de realização de procedimentos invasivos nos serviços de saúde, pelo que se torna imperativo tratar a dor e as suas consequências nefastas quando não tratada, com segurança. Neste contexto, é fundamental reduzir o hiato existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para tratar a dor das crianças (DGS, 2012).

As intervenções não farmacológicas, não sendo substitutas das farmacológicas, mas sim complementares, baseiam-se em estratégias que ajudam a reduzir a perceção de dor tornando-a mais tolerável, diminuem a ansiedade e aumentam a eficácia dos fármacos analgésicos diminuindo, por vezes, a dose necessária dos mesmos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Medidas gerais a adotar na realização de procedimentos dolorosos

Antes de qualquer procedimento, é importante:

- Assegurar a privacidade da criança/família;
- Incentivar a presença dos pais ou principal prestador de cuidados;
- 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;
- Explicar à família/família o procedimento a ser efetuado e validar se compreenderam;
- Utilizar uma linguagem adequada à idade da criança para explicar o procedimento;

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	{--/--/--}
		Próxima revisão:	{--/--/--}
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXX.00

- Ser honesto e não dizer que não vai doer, referindo que a dor pode ser aliviada e, para isso, é importante que a criança manifeste o que está a sentir;
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Evitar palavras como: dor, picar, espetar, cortar;
- Evitar realizar procedimentos dolorosos na cama da criança ou na UICD. Utilizar para o efeito a sala de tratamentos.
- Avaliar continuamente a dor como 5º sinal vital.

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;
- Promover a correta imobilização da criança de forma a evitar movimentos que dificultem o procedimento;
- Orientar os pais no seu apoio à criança, dando sugestões específicas, concretas e apropriadas ao seu desenvolvimento, como: segurar a mão, falar em voz baixa e calma, manter o contato visual com a criança e mantê-la informada;
- Dar à criança algum controlo sobre a situação, como por exemplo: “quer retirar o adesivo?”; “prefere a injeção na mão direita ou esquerda?”;
- Solicitar a colaboração da criança pela positiva dizendo-lhe o que deve fazer, por exemplo: “Mantenha a mão quieta” em vez de “Não movimente a mão”;
- Realizar o procedimento com rapidez e eficiência;
- Elogiar a criança pela sua colaboração no procedimento.

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos dolorosos em lactentes

Intervenção	Descrição da intervenção e justificação
Amamentação	Colocar o latente no seio materno antes e durante o procedimento, mantendo a amamentação alguns minutos após o final. A amamentação combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico. A redução das respostas de dor parece ser mediada pelo sistema opioide endógeno.
Contenção com lençol ou contenção manual (útil até aos 3 meses de idade)	A contenção é uma forma de apoio postural que, ao contrário da contenção física não envolve o uso de força. Esta estratégia de conforto permite evitar a desorganização motora que é, habitualmente, fonte de stress e que os estímulos desagradáveis provocam nesta idade. Esta medida é útil até ao desaparecimento do reflexo de Moro (cerca de 3 meses de idade). Consiste em envolver o lactente num lençol com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. A contenção manual consiste na utilização das mãos do profissional ou dos pais para segurar a cabeça, braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão.
Glicose a 30%	Administrar 2ml de solução oral na porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos com duração superior a 60 segundo a dose pode ser dividida em intervalos de 30 a 60 segundos. O efeito analgésico da glicose parece estar ligado à libertação de opioides endógenos. O efeito da glicose é potenciado se usado em simultâneo com a sucção não nutritiva.
Sucção não nutritiva	Deve ser oferecida a chupeta ao lactente durante os procedimentos dolorosos, apenas aqueles que utilizem chupeta. A estimulação oro-tátil atua como fonte de autorregulação para o lactente.
Distração	Antes e durante o procedimento desviar a atenção do lactente através de atividades que envolvam a cognição ou o comportamento. Nesta faixa etária as atividades indicadas são: colocar no campo de visão do lactente objetos coloridos e com movimento, soprar bolas de sabão; cantar música suave pois provoca um efeito calmante, captando a atenção do lactente.

 <p>CENTRO HOSPITALAR [REDACTED] .P.E.</p>	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	{--/--/--}
		Próxima revisão:	{--/--/--}
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXX.00

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos dolorosos em Toddlers e Idade Pré-Escolar

Intervenção	Descrição da intervenção e justificação
Modelação/Ensaio Comportamental	Trata-se do conjunto de estratégias que visam informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que ajudem a lidar com a dor e ansiedade. Nesta faixa etária devem ser usados bonecos para fazer essa demonstração. Esta medida promove o sentimento de segurança da criança.
Distração	Antes e durante o procedimento desviar a atenção da criança através de atividades que envolvam a cognição ou o comportamento. Nesta faixa etária as atividades indicadas são: bolas de sabão, pequenos jogos, contar histórias que estimulem a imaginação e vídeos com músicas. Permitem distrair a criança focando a sua atenção no estímulo que está a ser oferecido.
Reforço Positivo	Antes do procedimento deve ser conversado e combinado com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o procedimento utilizar o elogio verbal ou pequenos prémios (por exemplo, desenhos, autocolantes).

 <p>CENTRO HOSPITALAR [REDACTED].P.E.</p>	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Intervenções não farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos dolorosos na idade escolar e adolescência.

Intervenção	Descrição da intervenção e justificação
Preparação	<p>Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que se vai passar) e sensorial (que sensações poderão ocorrer). A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. A antecedência com que se faz a preparação deve ter em conta a idade e temperamento da criança/adolescente, não deve ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para que a criança/adolescente se consiga preparar.</p> <p>A informação preparatória permite à criança/adolescente desenvolver expectativas realistas acerca do que vai acontecer, reduzindo a sua ansiedade ou medo e aumentando o seu sentimento de controlo.</p>
Imaginação guiada	<p>Conduzir a criança/adolescente de forma a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.</p> <p>A imaginação é uma forma de relaxamento que visa focar a atenção utilizando mecanismos de <i>coping</i> e requer o envolvimento ativo da criança/adolescente para ser eficaz.</p>
Exercícios Respiratórios	<p>Antes e/ou durante o procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios de forma a reduzir o nível de vigiância e ansiedade.</p>

	<p><i>Procedimento para Intervenção não farmacológica na Realização de Procedimentos Dolorosos em Pediatria (Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria)</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXX.00

6.1 Registos

Incluir nos registos:

- Data e hora da realização do procedimento;
- Tipo de procedimento realizado;
- Duração do procedimento;
- Colaboração da criança/família;
- Intervenções utilizadas no controlo da dor;
- Reação da criança/família;
- Intercorrências verificadas.

7. Anexos

<p>Elaborado/Revisto: Enf.^a Claudia Alfarrobinha Enf.^a Dina Morganheira Enf.^a Mafalda Fortuna Enf.^a Neuza Ameixa</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Ratificação</p> <p>Data:</p>
---	------------------------	---

APÊNDICE M

**Procedimento para Intervenções não Farmacológicas de alívio de dor em
procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-nascido**

 Hospital  E.P.E.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
--	--	------------	------------------------------

OBJETIVOS:

- Prevenir e/ou minimizar a dor do Recém-nascido (RN) submetido a procedimentos dolorosos.
- Promover e uniformizar a utilização de intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos.

DESTINATÁRIOS:

- Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPOORTAM O PROCEDIMENTO:

1. Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº 2, pp. 73-80
2. American Academy of Pediatrics (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 137 (2)
3. Direcção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024/2012. Ministério da Saúde.
4. Taddio et al (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ*, volume 22.
5. Pillai et al (2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD006275.
6. Direcção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa 014/2010. Ministério da saúde.

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 	Pág. 1/6
---	--------------------------	---	--	-------------

 E.P.C.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
---	--	------------	------------------------------

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e assume especial importância em RN pré-termo pois, pela sua condição, são submetidos a um elevado número de procedimentos dolorosos durante o seu início de vida.¹

A dor inadequadamente tratada em RN tem consequências imediatas como alterações hemodinâmicas e aumento da morbidade, e consequências a longo prazo como alterações no desenvolvimento cerebral, somatizações, aumento da sensibilidade à dor e alterações no neurodesenvolvimento.^{1,2}

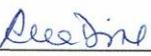
Os procedimentos dolorosos mais comuns no RN são de natureza diagnóstica ou terapêutica e incluem todos os procedimentos que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos.³

Para um adequado controlo da dor é fundamental a sua avaliação e reavaliação sistemáticas. A avaliação da dor permite objetivar um fenómeno por natureza subjetivo, uniformizar a linguagem utilizada pela equipa, promover a tomada de decisão homogénea e implementar medidas personalizadas no controlo da dor e avaliar a sua eficácia.⁶

Cuidados gerais no controlo da dor em RN

Dada a importância do controlo da dor nos RN, estão definidas as medidas ambientais e de conforto que devem ser adotadas sistematicamente:^{3,6}

- Controlar a luz e o ruído ambiental;
- Agrupar os cuidados de forma a permitir os períodos de repouso;
- Posicionar o RN confortavelmente, mobilizando-o suavemente;
- Realizar manipulação mínima aos RN gravemente doentes;
- Espaçar os procedimentos dolorosos de forma a permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
- Utilizar sistematicamente a contenção manual ou com lençol, conforme apropriado em associação com outras intervenções não farmacológicas;

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 	Pág. 2/6
---	--------------------------	---	--	-------------

 Hospital  E.P.E.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
--	--	------------	------------------------------

<p>- Avaliar a dor uma vez por turno utilizando a escala de avaliação de dor EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) (Anexo I);</p> <p>- Avaliar a dor antes, durante e após os procedimentos dolorosos de forma a ajustar as intervenções em conformidade;</p> <p>-Fazer o registo, no processo do RN, do grau de dor avaliado e das intervenções não farmacológicas ou farmacológicas realizadas.</p> <p>Intervenções não farmacológicas para controlo de dor no RN</p> <p>Devido à elevada frequência de procedimentos dolorosos e ao reduzido leque de fármacos analgésicos disponíveis em neonatologia, dados os seus potenciais efeitos adversos, as intervenções não farmacológicas surgem como as mais indicadas para a prevenção e tratamento, principalmente, na dor ligeira.³</p> <p>O efeito das intervenções não farmacológicas é otimizado quando utilizadas de forma combinada, em vez de individualmente.⁴</p> <p><u>Canguru materno:</u></p> <p>O contato pele com pele entre a mãe e o RN é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e a audição³.</p> <p>Consiste em colocar o RN, no mínimo 15 minutos antes do procedimento, em contato ventral, pele com pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com manta ou a roupa da mãe.³</p> <p>A realização de procedimentos dolorosos aplicando esta intervenção reduz as respostas comportamentais à dor.²</p> <p><u>Amamentação:</u></p> <p>A leite materno tem propriedades analgésicas, a amamentação é considerada uma</p>
--

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 01/18	Pág. 3/6
---	--------------------------	---	---------------	-------------

 Hospital E.P.E.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
--	--	------------	------------------------------

intervenção não farmacológica combinada pois inclui o contacto pele com pele, o sabor doce do leite, a sucção e o preenchimento gástrico. A redução da resposta à dor deve-se ao sistema opioide endógeno.^{3,4}

O RN deve ser colocado à mama alguns minutos antes do procedimento, mantê-lo durante e alguns minutos após o procedimento³.

No caso de RN pré-termo que ainda não possuam competências que lhes possibilite serem amamentados, existe evidência de que a administração de leite materno através de seringa ou com chupeta promove o controlo a dor.²

Contenção manual ou com lençol:

A contenção visa promover a autorregulação, evitar a desorganização motora e facilitar a aproximação da mão à boca facilitando a sucção e o autocontrolo³.

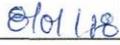
Contenção com lençol: também designada por *swaddling*, consiste em envolver o RN num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, mantendo as mãos livre e junto da boca.^{3,5}

Contenção manual: também designada de *facilitated tucking*, envolve a utilização das mãos do profissional/pais de forma a segurar a cabeça, os membros e tronco do RN em flexão e alinhados.^{3,5}

Sucção não nutritiva:

A estimulação orotátil promove a autorregulação dos RN.³ A sucção não nutritiva diminui a reatividade à dor em RN.⁵

Deve oferecer-se a chupeta como medida de conforto aos RN com idade gestacional (IG) superior a 30 semana, alguns minutos antes do procedimento.³

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 	Pág. 4/6
---	--------------------------	---	--	-------------

 Hospital  E.P.E.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
--	--	------------	------------------------------

Glicose a 30% ou sacarose a 24%:

A redução das respostas à dor através da administração de soluções açucaradas está relacionada com a estimulação oro-gustativa que ativa o sistema opioide endógeno. ^{3,4}

Deve ser administrada a solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua ou com a chupeta, 2 minutos antes do procedimento. ^{2,3}

Em procedimentos superiores a 1 minuto a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. ³ Deverá ser sempre registado no processo a hora e o volume da solução administrada.

A dose e o número de tomas devem ser ajustada à IG do RN:

Doses máximas/procedimento: ³

27-31 semanas de IG – 0,5ml

32-36 semanas de IG – 1ml

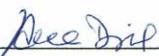
RN de termo – 2ml

Frequência máxima de tomas: ³

4 tomas no RN pré-termo

6 tomas no RN de termo

Em RN entubados e conscientes deve ser ponderar-se a administração caso a caso. A administração deve ser feita por seringa, gota a gota, sobre a língua, vigiando a tolerância. ³

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 	Pág. 5/6
---	--------------------------	---	--	-------------

 Hospital E.P.E.	Procedimento para intervenções não farmacológicas de controlo de dor em procedimentos dolorosos e avaliação da dor no Recém-Nascido PED - 70	Versão: 01	A rever: Novembro 2019
--	--	------------	------------------------------

ANEXO I – Escala de avaliação de dor EDIN (Echelle de Douleur et D’Inconfort du Nouveau Né)

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

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa 014/2010.

Elaborado Enfª Dina Morganheira Enfª Cristina Pedro	Data Novembro 2017	Aprovado 	Data 08/01/18	Pág. 6/6
---	--------------------------	---	------------------	-------------

APÊNDICE N

**Tabela de administração de glicose a 30% em
procedimentos dolorosos em recém-nascidos**

 Hospital  E.P.E.	Intervenções não farmacológicas de alívio de dor em procedimentos dolorosos em Recém-nascidos
--	---

Glicose a 30% ou Sacarose a 24%

Deve ser administrada a solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua ou com a chupeta, 2 minutos antes do procedimento.

Em procedimentos superiores a 1 minuto a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. Deverá ser sempre registado no processo a hora e o volume da solução administrada.

A dose mínima eficaz é entre 0,05ml e 0,5ml.

Dose máxima/procedimento:
27-31 semanas de IG – 0,5ml
32-36 semanas de IG – 1ml
Recém-Nascido de termo – 2ml

Frequência máxima de tomas/dia:
4 tomas no Recém-Nascido pré-termo
6 tomas no Recém-Nascido de termo

Fonte: Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Circular normativa 024.

Elaborado por:

Enf^a Dina Morganheira (Mestranda em Enfermagem, ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Enf^a Especialista Cristina Pedro

APÊNDICE O

Síntese dos resultados dos questionários de Avaliação das Sessões de formação

Frequência percentual das respostas às questões feitas aos enfermeiros após as sessões formativas

Quanto à sessão formativa:	Insuficiente	Médio	Bom	Muito Bom
Os objetivos da sessão foram claros?			UCSP – 17%	UCSP – 83% UUP – 100% UCIN – 100%
Considera o tema apresentado relevante para a sua prática diária de cuidados?			UCSP – 17%	UCSP – 83% UUP – 100% UCIN – 100%
Os meios audiovisuais foram adequados?			UCSP – 33% UUP – 7% UCIN – 6%	UCSP – 67% UUP – 93% UCIN – 94%
A duração da sessão foi adequada?			UCSP – 17% UCIN – 6%	UCSP – 83% UUP – 100% UCIN – 94%
Quanto ao formador:	Insuficiente	Médio	Bom	Muito Bom
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados?			UCSP – 17% UCIN – 6%	UCSP – 83% UUP – 100% UCIN – 94%
Demonstrou domínio do tema?			 UCIN – 12%	UCSP – 100% UUP – 100% UCIN – 88%
Criou um clima favorável à participação dos formandos?			UUP – 7%	UCSP – 100% UUP – 93% UCIN – 100%
Conseguiu esclarecer dúvidas colocadas durante a sessão?			UCSP – 17% UUP – 7%	UCSP – 83% UUP – 93% UCIN – 100%

Considera que a sessão apresentada aumentou os seus conhecimentos sobre o tema abordado?

Instituição	Muito	Pouco	Nada
UCSP (n=6)	8	0	0
UUP (n=15)	15	0	0
UCIN (n=16)	11	5	0

Após esta sessão de formação tenciona utilizar intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha com mais frequência do que utilizava?

Instituição	Sim	Não
UCSP (n=6)	6	0
UUP (n=15)	15	0
UCIN (n=16)	16	0

Das intervenções não farmacológicas adequadas a crianças com menos de 12 meses de idade, qual ou quais tenciona utilizar com mais frequência?

Instituição	Intervenções não farmacológicas referidas						
	Distração	Contacto pele a pele	Amamentação	Solução açucarada	Sucção não nutritiva	Posicionamento (colo)	Contenção
UCSP (n=6)	0	0	3	0	5	6	0
UUP (n=15)	4	0	8	12	9	7	8
UCIN (n=16)	0	3	5	12	12	0	13

APÊNDICE P

Estudo de caso

NOTA INTRODUTÓRIA

O desenvolvimento deste estudo de caso foi estruturado tendo por base as etapas do processo de Enfermagem. O processo de Enfermagem constitui uma metodologia amplamente aceite como um método científico para orientar e qualificar os cuidados de enfermagem, é definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem que se encontra dividido em cinco etapas interligadas: apreciação, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi & Rabelo, 2009).

A escolha da criança sobre a qual incide este estudo de caso teve por base a orientação da Enfermeira Especialista Orientadora do Estágio e deveu-se, também, ao facto de este bebé ter nascido no início do Estágio I o que permitiu ter vários contactos com os pais e acompanhar o desenvolvimento do bebé durante o primeiro mês de vida.

APRECIÇÃO INICIAL DO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

Nesta primeira etapa, pretende fazer-se a apreciação da família e do recém-nascido (RN) alvo deste estudo de caso. A apreciação da família é fundamental na prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo até um dos elementos mais importantes na consulta de enfermagem pois permite identificar situações de saúde/doença, diagnosticar e implementar intervenções de enfermagem que contribuam para o apoio, promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação/reabilitação da criança (Christoffel, Pacheco & Reis, 2008).

Os dados foram colhidos de diferentes formas, entre elas a entrevista aos pais, a observação do RN e da interação entre ambos e a consulta dos dados relativos aos membros da família no programa informático *SClínico* e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil do RN. Os dados foram recolhidos nos dois primeiros contactos com a família.

Foi elaborado um guião da entrevista realizada aos pais (Apêndice A), com base no Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e nas categorias e subcategorias consideradas relevantes para avaliação desta família em particular, de forma a conseguir um fio condutor para a colheita dos dados necessários.

Segundo Galdeano et al (2003), na etapa inicial de um estudo de caso é importante que se construa um instrumento de colheita de dados, de forma a servir de guia orientador para o profissional permitindo, assim, o direcionamento e registo das observações realizadas.

Foram informados os pais acerca da recolha de dados efetuada e do objetivo da mesma, os quais autorizaram (Apêndice B).

Apreciação da Família

Nesta etapa foi utilizado como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação da Família. Utilizou-se, ainda, para caracterizar o índice socioeconómico da família a Escala de *Graffar*.

O MCAF é uma estrutura multidimensional e consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma destas categorias contém várias subcategorias e cabe ao enfermeiro decidir quais as subcategorias que são relevantes e apropriadas para explorar junto de cada família (Wright & Leahey, 2009).

Considerou-se pertinente para este estudo de caso, incidir na avaliação estrutural da família. De acordo com Wright & Leahey (2009), no MCAF a avaliação estrutural permite perceber quem faz parte da família, qual o vínculo afetivo entre os seus membros comparativamente com indivíduos de fora da família e qual o contexto. A avaliação estrutural da família é composta por três subcategorias: estrutura interna, estrutura externa e contexto. A estrutura interna contempla a composição da família, a estrutura externa inclui a família extensa e sistemas mais amplos com os quais a família tem contacto significativo. O contexto é explicado, à luz deste modelo teórico, como a situação total ou as informações básicas relevantes a algum facto ou personalidade.

No que diz respeito à apreciação da estrutura interna, esta família é composta por três elementos, um casal heterossexual que vive em união de facto há 3 anos e um bebé RN (Srª L.C., Sr. H.C. e bebé M. T.).

Trata-se de uma família nuclear, pois encontra-se em conformidade com a definição de Hockenberry & Wilson (2014) que considera família nuclear como aquela que é composta por dois pais e os seus filhos, em que os pais não são necessariamente casados.

A Srª L.C., do sexo feminino, tem 29 anos de idade. As suas habilitações literárias são o 9º ano de escolaridade e a profissão que exerce atualmente é de operária fabril. Relativamente aos antecedentes pessoais, refere não ter antecedentes relevantes e não tomar medicação habitual.

O Sr. H.C., do sexo masculino, tem 33 anos de idade. As suas habilitações literárias são o 12º ano de escolaridade e a profissão que tem atualmente é camionista. Como antecedentes

personais refere que teve epilepsia na infância, mas que durante a adolescência deixou de ter. Não soube especificar mais sobre este assunto. Referiu não tomar qualquer tipo de medicação.

O bebé M.T., do sexo masculino nasceu no início do mês de maio de 2017, encontra-se no momento da apreciação inicial no período neonatal, ainda não tendo completado um mês de vida. Nasceu de parto eutócico num Hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A gravidez e parto decorreram sem intercorrências.

Percebeu-se durante a apreciação inicial desta família que os limites estabelecidos são permeáveis, sendo que os três elementos da família mantêm uma relação de grande proximidade física, afetiva e emocional.

Relativamente à avaliação da estrutura externa desta família, considerou-se conforme preconiza o MCAF duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos. Segundo Wright & Leahey (2009), os variados vínculos entre os membros da família extensa podem ser invisíveis, mas são forças muito influentes na estrutura familiar. A avaliação da qualidade e do tipo de contacto com a família extensa é bastante pertinente, pois permite obter informação sobre a quantidade e qualidade do apoio.

Na família em estudo percebeu-se que a família extensa se encontra bastante presente, os pais e os irmãos dos dois membros do casal vivem na mesma cidade, onde a família em análise reside e mantém contacto semanal entre eles. Desta forma, o bebé M.T. tem contacto frequente com os quatro avós e com os tios paternos e maternos. O casal referiu sentir-se apoiado pela família extensa, referem ter um relacionamento de proximidade com os seus pais e irmãos.

A avaliação dos sistemas mais amplos desta família também se considerou pertinente. Para Wright & Leahey (2009), esta subcategoria refere-se a instituições sociais mais amplas com as quais a família tem contacto significativo.

O sistema de saúde é acedido pela família, atualmente, com bastante frequência. A vigilância da gravidez da Sr^a L.C. foi realizada na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da localidade onde vivem e, simultaneamente, com um obstetra particular. Fez também o curso de preparação para o parto na Unidade de Cuidados na Comunidade da mesma localidade.

O bebé M.T. tem contacto regular com o sistema de saúde, atualmente vai à UCSP uma vez por semana. Este casal pretende fazer a vigilância de saúde no bebé M.T. na UCSP, na qual têm um médico de família e uma enfermeira de referência, aos quais recorrem com regularidade.

Relativamente ao sistema educativo, o casal tenciona colocar o bebé numa creche após os 5 meses de idade, altura em que a mãe terminará a licença de parentalidade e terá de regressar ao trabalho.

A avaliação do contexto da família é importante pois o contexto onde a mesma se insere permeia e circunscreve o indivíduo e a família, cada sistema familiar está inserido em sistemas bastante mais amplos (Wright & Leahey, 2009). Nesta subcategoria, estes autores referem ser importante conhecer a etnia, raça, classe social, religião e ambiente da família em estudo.

Os membros desta família são de raça caucasiana, nacionalidade portuguesa e residem em num Concelho do Distrito de Évora num apartamento alugado. A habitação é apropriada e possui todas as condições básicas necessárias. Trata-se de um apartamento com dois quartos, duas casas-de-banho, uma sala e uma cozinha, possuindo, assim, um número de divisões proporcionais aos elementos da família. O apartamento encontra-se bem localizado, numa zona central da cidade e com bons acessos. Os membros da família encontram-se adaptados ao local onde habitam, encontrando-se integrados na comunidade envolvente. No que diz respeito à religião, este casal refere ser católico não praticante.

Dentro da avaliação do contexto desta família considerou-se pertinente utilizar a Escala de Graffar. Esta escala avalia o nível socio-económico da família, tendo em conta a profissão dos seus membros, o nível de instrução, a origem do rendimento e o tipo de habitação. Este instrumento permite classificar o nível socioeconómico, através da atribuição de uma pontuação, em cinco níveis que correspondem a classe alta (entre 4 a 7 pontos), classe média alta (entre 8 a 10 ponto), classe média (entre 11 a 13 pontos), classe média baixa (entre 14 a 16 pontos) e classe baixa (entre 17 a 20 pontos) (Lopes, 2014). Foram feitas questões aos pais de forma a conseguir preencher a Escala Graffar e, segundo este instrumento, a família em estudo situa-se no nível III que corresponde à classe média.

Utilizou-se para a caracterização da família em estudo dois instrumentos de avaliação estrutural, o genograma e o ecomapa. Estes instrumentos permitem a avaliação e planeamento das intervenções na família (Wright & Leahey, 2009).

Genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar e contém, habitualmente, dados genéticos e genealógicos. Trata-se de uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna. Permite conhecer de forma rápida a situação clínica da criança e da sua família (Christoffel et al, 2008). Foi elaborado um genograma da família alvo deste estudo, conforme consta na figura abaixo, permitindo assim perceber a estrutura familiar onde o RN em estudo se encontrava

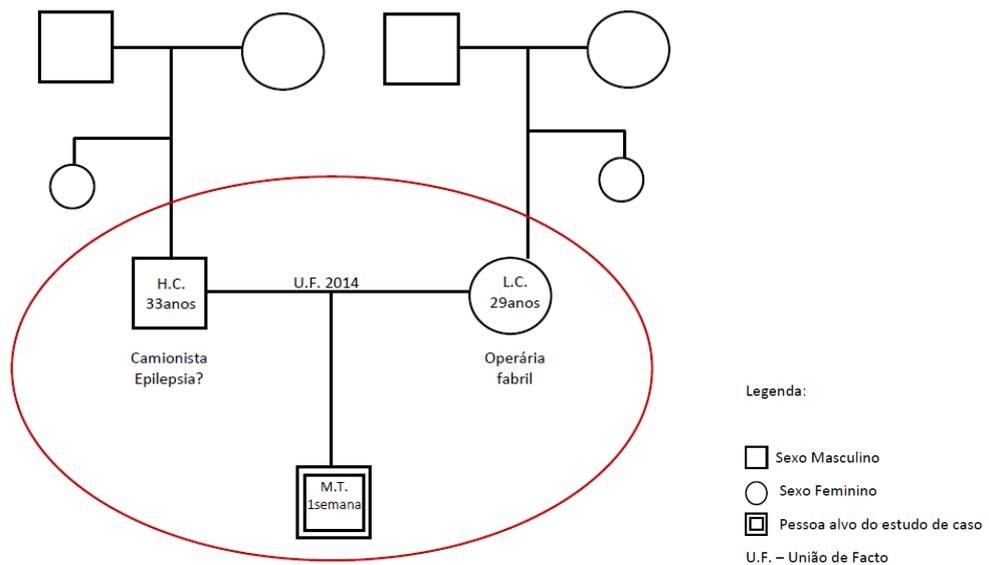


Figura 1 – Genograma

Além do genograma utilizou-se também como instrumento de avaliação estrutural o ecomapa, que segundo Wright & Leahey (2009) tem como objetivo representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Consiste num “diagrama que representa a visão geral da situação da família, retrata relações importantes de educação ou conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos ou privação” (Christoffel et al, 2008, p.162). Elaborou-se o ecomapa da família em análise com base na entrevista realizada aos pais.

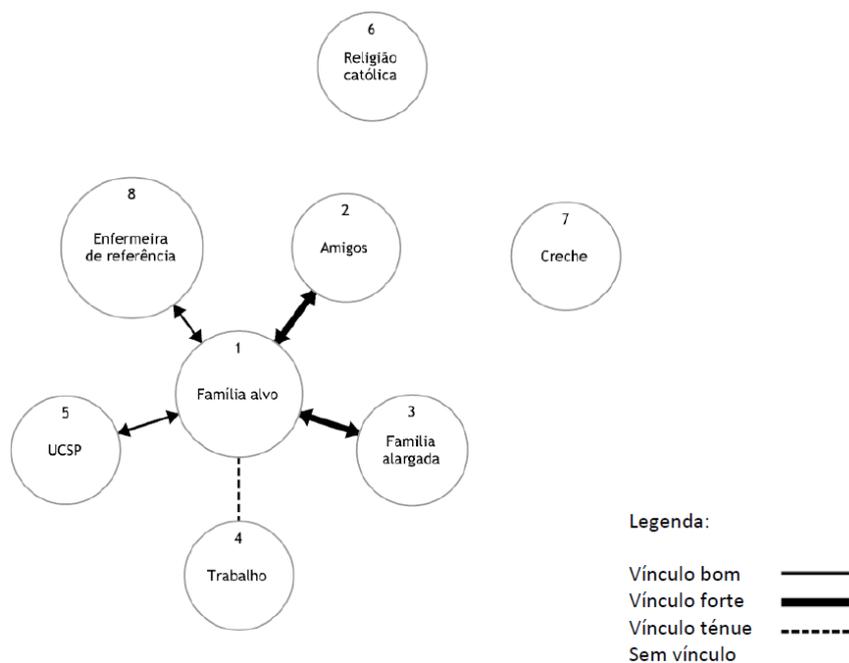


Figura 2 – Ecomapa

Com este ecomapa percebe-se que a família em estudo tem uma relação forte com a família alargada e amigos, mantém um bom vínculo com a unidade de saúde e com a enfermeira de referência. Atualmente desloca-se à unidade de saúde uma vez por semana e pretende manter regularidade no contato, de forma a fazer a vigilância de saúde do bebé M.T. A relação com o trabalho considerou-se ténue pois no momento da apreciação desta família, os dois membros do casal encontram-se em licença parental, não mantendo relação com o trabalho. Inclui-se, ainda, no ecomapa a creche que o bebé M.T. irá frequentar após os cinco meses de idade e a religião pois referem ser católicos, mas não praticantes.

Considerou-se relevante analisar a categoria de desenvolvimento da família, conforme o MCAF, nomeadamente perceber qual o estágio do ciclo vital da família. Verifica-se que esta família se encontra no estágio 3: família com filhos pequenos. De acordo com Wright & Leahey (2009), o processo emocional central deste estágio relaciona-se com a aceitação de novos membros da família e as tarefas que devem ser analisadas são: o ajuste no sistema conjugal para dar espaço ao filho; a união das tarefas de educação dos filhos, financeiras e domésticas e o realinhamento de relacionamentos com a família extensa.

A dados recolhidos permitiram perceber que o casal desta família se está a adaptar favoravelmente ao novo estágio de ciclo de vida familiar em que se encontram. O casal apresenta uma relação harmoniosa e vínculo forte entre si e para com o bebé. Referiram que o nascimento deste bebé foi planeado e desejado, pelo que se pode inferir que se encontravam disponíveis para a alteração da dinâmica familiar decorrente do nascimento de uma criança. A mãe pareceu assumir a maioria das tarefas relacionadas com o RN, tendo sido sempre ela a despir e vestir o RN no momento da consulta. Contudo, o pai também se mostrou envolvido nos cuidados com o filho, tendo em todos os contactos permanecido algum tempo com o bebé ao colo e respondendo prontamente às perguntas que iam sendo feitas sobre o mesmo, mostrando participação e envolvimento nos cuidados.

Todavia, tendo em conta que no momento da entrevista o RN tinha apenas 3 dias de vida, considerou-se pertinente intervir nesta área de forma a otimizar e ajudar a adaptação desta família a esta nova etapa.

No que diz respeito ao relacionamento com a família extensa, esta família parece estar também a adaptar-se favoravelmente. Referiram que o nascimento do bebé foi também desejado pelos avós e tios, havendo um laço afetivo forte entre estes e o bebé.

Avaliação inicial do Recém-Nascido

O bebê M.T. nasceu no início do mês de maio do ano de 2017 de parto eutócico com epidural. O parto ocorreu às 40 semanas e 6 dias de gestação, tratando-se, portanto, de um bebê de termo. Os dados antropométricos ao nascer foram: peso 3,150 kilogramas (kg), estatura 49,5 centímetros (cm) e perímetro cefálico 33 cm. Foi promovido o contacto pele com pele entre o bebê e a mãe na primeira hora de vida.

Com estes dados verifica-se que, de acordo com as curvas de crescimento adotadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), este bebê encontra-se no momento do nascimento, entre o percentil 15 e percentil 50, relativamente ao peso, no percentil 15 na estatura e entre o percentil 15 e o percentil 50 no que diz respeito ao perímetro cefálico. As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e crescimento das crianças. O desenvolvimento harmonioso, dentro dos parâmetros normais é fundamental para uma vida adulta saudável (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013).

O índice de Apgar deste bebê foi de 9 ao primeiro minuto de vida e de 10 ao 5º minuto de vida. O índice de Apgar é o método de avaliação da adaptação imediata do RN à vida extrauterina, o seu cálculo tem por base a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritação reflexa e a coloração. Resultados entre 0 e 3 indicam dificuldades graves, entre 4 e 6 dificuldade moderada e entre 7 e 10 indicam ausência de dificuldade na adaptação à vida extrauterina (Hockenberry & Wilson, 2014). Verifica-se, assim, que este bebe não teve dificuldades de adaptação à vida extrauterina.

Antes de ter tido alta da maternidade foi administrada a primeira dose da vacina da Hepatite B, conforme consta no Plano Nacional de Vacinação (PNV). Não foi administrada a vacina contra a tuberculose, por este bebê não apresentar os critérios definidos para administração desta vacina. Foi ainda em contexto hospitalar realizado o rastreio auditivo neonatal, o qual não revelou alterações.

Foi feito o rastreio das doenças metabólicas ao 3º dia de vida na UCSP da sua área de residência, pela enfermeira de referência da família. O procedimento foi realizado com o bebê a ser amamentado de forma a minimizar a dor da punção do calcanhar. Foi explicado o procedimento antecipadamente aos pais bem como o objetivo deste rastreio.

A avaliação inicial do bebê M.T. foi, então, realizada neste primeiro contacto com a unidade de saúde e será descrita de seguida. Foram usadas como fio condutor desta avaliação as recomendações e parâmetros a avaliar descritos no PNSIJ. No exame físico a observação foi realizada no sentido cefalo-caudal.

O bebé M.T. encontrava-se no período neonatal no momento da primeira avaliação. De acordo com Papalia, Olds & Feldman (2009) o período neonatal corresponde às quatro primeiras semanas de vida e caracteriza-se pela transição da vida no útero, em que o feto era completamente sustentado pela mãe para uma existência independente.

Foram tidas em consideração as orientações gerais para o exame físico do RN de acordo com Hockenberry & Wilson (2014), nomeadamente, foi realizado o exame físico numa sala com a temperatura adequada e sem estímulos, procedeu-se de forma rápida para evitar o stress do bebé, foram realizados em primeiro lugar todos os procedimentos que exijam que o bebé esteja calmo e posteriormente, os procedimentos que perturbem o bebé, como a avaliação dos reflexos. Foi confortado o bebé durante e após o exame, com a colaboração dos pais.

Avaliação antropométrica

À data da avaliação inicial (ao 3º dia de vida) o bebé M.T. pesava 2,750 kg, media 49,5cm de comprimento e 33cm de perímetro cefálico. Comparativamente ao momento do nascimento apenas o peso, como seria de esperar, sofreu alterações nos primeiros dias de vida. Como referem Hockenberry & Wilson (2014), estas avaliações são importantes e ganham ainda maior significado na comparação entre elas e respetiva interpretação ao longo do tempo. Assim, verificou-se com esta avaliação que o bebé M.T. perdeu 400 gramas (gr) nos primeiros três dias de vida, o que corresponde a mais de 10% do seu peso total. Tendo em conta que, de acordo com os mesmos autores, o espectável é que entre o 3º e o 4º dia de vida, os RN percam até 10% do peso, verifica-se aqui uma perda superior ao esperado e, conseqüentemente, necessidade de intervenção neste foco.

Exame físico

O RN de termo tem uma postura em flexão, resultado da posição intrauterina. Os membros superiores encontram-se fletidos nos cotovelos e permanecem dobrados sobre o tórax com as mãos cerradas. Os membros inferiores encontram-se fletidos nos joelhos, as ancas fletidas com as coxas sobre o abdómen e os pés em dorsiflexão contra a face anterior das pernas. A coluna vertebral está também, habitualmente, fletida (Hockenberry & Wilson, 2014). À observação do bebé M.T. não se verificou nenhum desvio a esta aparência geral característica dos RN.

Relativamente à pele, o bebé M.T. não apresentava sinais de icterícia neonatal. Apresentava uma coloração rosada, com ligeira penugem fina na testa e ombros. Estes achados

também se encontram dentro do padrão normal, Papalia, Olds & Feldman (2009) referem que o tom rosado da pele dos RN se deve ao facto de a pele ser muito fina, deixando transparecer os capilares por onde o sangue circula e, nos primeiros dias de vida, alguns neonatos apresentam penugem pré-natal que ainda não caiu.

A observação geral da cabeça é importante no sentido de despistar alguma massa, prominência ou alteração ao padrão normal. Entre as junções dos ossos que constituem o crânio existem espaços mais largos de membrana não ossificada designados por fontanelas. A fontanela anterior tem a forma de losango e mede entre 4 a 5 cm na sua maior dimensão, a fontanela posterior é triangular e mede entre 0,5 e 1cm na sua maior dimensão. As fontanelas devem sentir-se planas, firmes e bem demarcadas contra as extremidades ósseas do crânio (Hockenberry & Wilson, 2014). O bebé M.T. apresentava fontanelas semelhantes ao descrito e dentro das dimensões relatadas. Não se palpavam abaulamentos nas fontanelas e as mesmas encontravam-se normotensas. Apesar o parto ter sido vaginal não se observou modelagem do crânio deste bebé.

Foi apreciado o grau de controlo da cabeça do bebé M.T., puxando levemente o RN até à posição de semi-Fowler, verificando-se haver tentativa de controlo da cabeça. Quando colocado em suspensão ventral, a cabeça manteve-se alinhada com a coluna vertebral e em decúbito dorsal verificou-se a capacidade de levantar levemente a cabeça e vira-la de um lado para o outro.

A observação dos olhos do bebé M.T. foi efetuada, verificando-se simetria entre os olhos, ausência de edema palpebral e reflexo pupilar em resposta à luz presente. Verificou-se, ainda, fixação rudimentar nos objetos e capacidade de seguir a linha média, o que de acordo com Brazelton (2010) se encontra dentro dos parâmetros normais. Este autor refere que quando se segura um objeto em frente a um bebé desperto, a cerca de 30 cm dos seus olhos, este fixa-o lentamente e segue-o com o olhar em todas as direções até um ângulo de trinta graus.

Na observação dos ouvidos é pertinente observar quanto à posição, estrutura e função. Ao provocar um som forte perto do RN verifica-se, normalmente, a presença do reflexo de sobressalto. Este reflexo caracteriza-se pela abdução dos braços com flexão dos cotovelos e as mãos permanecem fechadas (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao realizar esta avaliação ao bebé M.T. verificou-se que este reflexo estava presente.

Na avaliação da boca foi observado o reflexo de sucção, colocou-se um dedo enluvado na boca do bebé verificando-se que este apresentava uma sucção forte e vigorosa. Foi também estimulado o reflexo dos pontos cardeais, ao tocar na bochecha do bebé M.T. observou-se a resposta de rotação da cabeça para o lado estimulado.

Em relação ao tórax, observou-se que existiam ligeiras retrações intercostais durante a inspiração e o padrão respiratório deste RN era irregular e abdominal com uma frequência

respiratória de 48 ciclos por minuto. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014) a frequência respiratória do RN oscila entre 30 a 60 ciclos por minuto e as retrações intercostais ligeiras devem-se ao facto de as costelas serem flexíveis. Constatou-se, ainda, que o bebé M.T. apresentava discreto ingurgitamento das glândulas mamárias, devido à influência das hormonas maternas.

Na observação do abdómen verificou-se que apresentava o contorno normal, cilíndrico e proeminente. O cordão umbilical encontrava-se em processo de mumificação, com cor preto esverdeado. Não se verificou eritema ou exsudado na base do cordão. Os pais encontravam-se um pouco inseguros relativamente aos cuidados a ter com o cordão umbilical, pelo que se considerou pertinente intervir neste foco. Ainda na observação do abdómen foi feita palpação do pulso femoral, que era forte e simétrico bilateralmente.

Na avaliação dos órgãos genitais constatou-se que a abertura uretral no pénis se encontra completamente coberta pelo prepúcio, o que é comum nos RN. Palpou-se o escroto e confirmou-se a presença de testículos.

Relativamente às extremidades, Hockenberry & Wilson (2014) referem que o RN deverá demonstrar uma amplitude total nas articulações do cotovelo, da anca, do ombro e dos joelhos. Verificou-se que o bebé M.T. não apresenta limitações na amplitude de movimentos das articulações nem assimetrias. Foi feita a avaliação dos membros inferiores comprovando a simetria, abdução e flexão da anca e ausência de crepitações. Verificou-se também o tónus muscular que se encontra simétrico e sem sinais de hipo ou hipertonia.

Avaliação do desenvolvimento

No contexto de cuidados de saúde primários, a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan é a escala de referência do PNSIJ e integra o programa informático das unidades de saúde, pelo que se optou por utilizar esta escala para avaliar o desenvolvimento do RN alvo deste estudo de caso. O PNSIJ (DGS, 2013) aconselha a que “o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família” (DGS, 2013, p.58). Foi com base nestas orientações que se procedeu à avaliação do desenvolvimento do bebé.

Tendo como fio condutor os parâmetros a avaliar referidos na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (DGS, 2013), alguns reflexos foram sendo avaliados ao longo do exame físico, nomeadamente, a avaliação da postura e motricidade global, a avaliação da visão e audição e a avaliação do reflexo de sucção e de procura, sendo que os resultados observados se

encontram dentro dos parâmetros normais. Contudo, os reflexos de primitivos foram avaliados no fim da observação, pelo facto de causarem mais desconforto ao RN.

Avaliou-se o Reflexo de Moro que se encontrava presente. Neste reflexo verifica-se que através de uma alteração súbita do equilíbrio o bebé estica os braços com abertura dos dedos, arquear das costas e contração do rosto e, por fim, choro (Brazelton, 2010).

Verificou-se o Reflexo de Preensão que se caracteriza pela flexão dos dedos após o toque na raiz dos dedos das mãos e dos pés (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao avaliar este reflexo verificou-se que se encontrava presente.

O reflexo da marcha automática verifica-se pegando no bebé verticalmente, apoiado e inclinado para a frente, deixando os pés em contacto com uma superfície dura, assiste-se à flexão e extensão alternada dos membros inferiores simulando o movimento de marcha. Este reflexo primitivo desaparece entre as 3 e as 4 semanas de vida (Brazelton, 2010) e encontrava-se presente no momento da avaliação inicial do bebé M.T.

Além dos reflexos primitivos que constam na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan avaliaram-se, ainda, os Reflexos de *Babinski* e de *Galant*, ambos se encontravam presente.

Foi utilizada como referência a definição de Brazelton (2010) que define o Reflexo de *Babinski* como a dorsiflexão do primeiro dedo e hiperextensão dos restantes, após a estimulação da área externa da planta do pé no sentido ascendente do calcanhar para os dedos. O Reflexo de *Galant* consiste na estimulação lateral da coluna vertebral que conduz ao movimento da anca do lado estimulado, este reflexo existe desde o meio intrauterino e desaparece por volta das 4 semanas.

Verificou-se com a avaliação do desenvolvimento do bebé M.T. que este apresenta todos os reflexos espectáveis para a faixa etária em que se encontra, não existindo neste âmbito sinais ou suspeitas de alterações.

Avaliação dos Cuidados Antecipatórios

O PNSIJ (DGS, 2013) preconiza que nos cuidados antecipatórios sejam abordados determinados temas, em todas as consultas de acordo com a faixa etária da criança. Desta forma, seguiu-se esta recomendação e foram também abordados os pontos definidos nos cuidados antecipatórios de forma a avaliar o RN e respetiva família em estudo, com o intuito de diagnosticar problemas existentes ou potenciais e implementar intervenções adequadas.

A avaliação do desenvolvimento da criança deverá considerar e valorizar as observações dos pais, a história clínica, o reconhecimento dos fatores de risco e a observação da criança. Deverão ser incluídas ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades (DGS, 2013).

Relativamente à alimentação, o bebé M.T. encontrava-se sob aleitamento materno exclusivo. Foi colocado o bebé à mama de forma a avaliar a pega e a capacidade de sucção. O bebé encontrava-se bem adaptado à mama, com pega do mamilo e aureola adequada e boa capacidade de sucção. Contudo a mãe referiu que na mama direita o bebé não pegava muito bem, pelo que se verificou a necessidade de intervir no foco amamentação. A mãe referiu ainda necessidade de esvaziamento manual da mama direita por desconforto.

No que diz respeito aos cuidados de higiene, o bebé M.T. apresentava uma higiene cuidada. Após questionados, os pais mostraram conhecimentos adequados acerca dos cuidados de higiene ao bebé e referiram realiza-los de forma partilhada.

Sobre os hábitos de sono, os pais referiram que o bebé M.T. dormia tranquilamente entre as mamadas e acordava espontaneamente a cada 3 horas aproximadamente. Foi aferido com os pais se tinham conhecimento sobre a posição adequada para o bebé dormir, os mesmos demonstraram ter conhecimento sobre a importância de o bebé dormir em decúbito dorsal no sentido de prevenir a síndrome da morte súbita do lactente.

Foi avaliada a adesão à vacinação, o bebé M.T. apresentava o estado vacinal atualizado de acordo com o PNV, contudo verificou-se a necessidade de potenciar o conhecimento dos pais sobre vacinação.

Relativamente ao ambiente e segurança, verificou-se que os pais tinham conhecimentos sobre algumas normas de segurança importantes para o RN, nomeadamente no que diz respeito ao transporte em automóvel, pois o bebé encontrava-se a ser transportado num sistema de retenção para crianças adequado à sua faixa etária. Contudo, verificou-se a necessidade de potenciar os conhecimentos dos pais sobre a prevenção de acidentes.

No que concerne à relação emocional, o PNSIJ (DGS, 2013) alerta para a importância da avaliação da satisfação dos cuidadores para com o bebé e da adaptação da família. Apesar do casal em estudo parecer bastante organizado e adaptado ao novo papel parental, com vínculo forte com o RN, a avaliação inicial ocorreu apenas ao 3º dia de vida do bebé M.T. pelo que se considera que estes pais necessitam de apoio no desenvolvimento do seu papel parental, tendo em conta a fase inicial deste processo em que se encontram.

Brazelton (2010) refere que os pais necessitam de tanto acompanhamento e apoio quanto o bebé. O papel parental deve ser desenvolvido e potenciado ao longo do tempo, pois o que se pretende é um relacionamento forte entre pais e bebé a longo prazo.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

A Enfermagem procura desenvolver um corpo de conhecimentos próprio, no sentido de sistematizar e organizar a sua prática e os seus cuidados (Alves et al., 2007). Estes mesmos autores salientam que o processo de Enfermagem funciona como uma linha orientadora, na medida em que são planeadas ações, dando prioridade às respostas humanas no processo de saúde-doença e fundamentados os cuidados prestados.

Segundo Galeano, Rossi & Zago (2003), após a colheita dos dados deve proceder-se à categorização dos mesmos, de forma a fazer o levantamento dos problemas de enfermagem.

Assim, após analisar os dados relativos à apreciação da família em análise, foram identificados os diagnósticos de Enfermagem em conformidade com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 e respetivas intervenções de Enfermagem fundamentadas nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Na tabela seguinte encontram-se os Diagnóstico de Enfermagem elaborados tendo em conta a situação em estudo e as respetivas intervenções de Enfermagem. Os diagnósticos apresentados encontram-se colocados por ordem de prioridade e em cada um deles enquadram-se as competências do EESIP mobilizadas, bem como uma breve fundamentação teórica justificativa das intervenções planeadas.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Competências do EESIP
<i>RISCO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMPROMETIDO</i>	Desenvolvimento infantil normal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil - Monitorizar peso corporal - Monitorizar estatura - Monitorizar perímetro cefálico - Avaliar os reflexos do RN - Vigiar tônus muscular - Vigiar coordenação o reflexo de sucção e deglutição 	<p>E.1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar</p> <p>E3.1.1. Demonstra conhecimento sobre o crescimento e o desenvolvimento</p> <p>E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</p> <p>E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.</p>
<p><u>Fundamentação teórica:</u></p> <p>Segundo a OE (2010b) promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade e respeitando o seu ritmo. Todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento. Hockenberry & Wilson (2014) reiteram que existem marcos específicos de desenvolvimento, que devem ser avaliados, pois representam aspetos essenciais integrantes do desenvolvimento e lançam as bases para a aquisição de competências mais avançadas futuramente. De acordo com estes autores no primeiro mês de vida há aspetos do desenvolvimento muito importantes a ter em conta, nomeadamente, o ganho ponderal deve oscilar entre 150 a 210gr por semana, aumento de 1,5cm de perímetro cefálico por mês, reflexos primitivos presentes e fortes, reflexo de preensão forte e aspetos relacionados com o controlo da cabeça. No bebé M.T. na primeira avaliação constatou-se que a perda de peso nos primeiros 3 dias de vida foi superior a 10% do peso total, razão pela qual se considera que o desenvolvimento infantil pode estar em risco. Hockenberry & Wilson (2014)</p>			

defendem que a perda de peso do RN não deve exceder os 10% nos primeiros 3 a 4 dias de vida e que a avaliação precisa do peso e comprimento é importante, pois fornece a referência para a avaliação do risco e para futuras avaliações.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Competências do EESIP
<i>AMAMENTAÇÃO COMPROMETIDA</i>	- Amamentação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre o amamentar - Avaliar capacidade da mãe para amamentar - Avaliar disponibilidade da mãe para amamentar - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre aleitamento materno - Instruir a amamentar - Treinar a amamentar - Incentivar a amamentação - Assistir e Vigiar mamada - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre sinais de fome e saciedade do RN - Instruir a mãe sobre a técnica da massagem da mama - Instruir a mãe sobre a extração do leite - Treinar a mãe na técnica de massagem da mama - Ensinar acerca de técnicas de conservação de leite materno 	<ul style="list-style-type: none"> E.1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo E.3.2.5. Promove a amamentação

Fundamentação teórica:

A prática exclusiva do aleitamento materno é, unanimemente, considerada a melhor forma de alimentar os bebês até aos 6 meses de idade, pois até essa idade o leite materno cobre todas as necessidades nutricionais do bebê. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural. Durante as primeiras semanas de vida do bebê, quando o aleitamento materno não está ainda estabelecido muitas mães têm dúvidas e inseguranças, o papel do profissional de saúde é determinante nesta etapa para o sucesso da amamentação (Levy, 2011). A mesma autora defende que a transmissão de conhecimentos sobre amamentação é um fator determinante, no fortalecimento da confiança da mãe e, conseqüentemente, no sucesso do aleitamento. Concomitantemente, o apoio dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros é fundamental não só no suporte teórico, mas também na ajuda prática “na colocação do bebê ao peito para fazer uma boa pega ou na superação de pequenas dificuldades” (Levy, 2011, p. 59).

Estudos demonstram que as mães que amamentam, indicam que os fatores determinantes para mudarem para o leite artificial foram a percepção da atitude dos maridos face à amamentação e a incerteza sobre a quantidade de leite que os bebês estavam a ingerir, razão pela qual é bastante importante a inclusão dos pais no ensino e discussão acerca da amamentação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Competências do EESIP
<i>FERIDA PRESENTE</i>	- Ferida (coto umbilical) cicatrizada	- Avaliar o conhecimento da mãe e(ou) do pai a tratar do coto umbilical - Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tratar do coto umbilical - Ensinar a mãe e(ou) o pai a tratar do coto umbilical - Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar o coto umbilical - Vigiar o coto umbilical	E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença E1.2.7. Avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde

E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN
 E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil

Fundamentação teórica:

Uma revisão sistemática realizada por Luis, Costa & Casteleiro (2014) aponta para a técnica *dry care*, ou seja, manter o coto limpo e seco, como a opção mais adequada nos cuidados ao cordão umbilical. O principal resultado desta prática é encurtar o tempo de queda do cordão umbilical, reduzindo assim também o risco de colonização e infecção e a exposição do RN a solutos. Esta técnica revela-se a melhor opção nos cuidados ao coto umbilical em países desenvolvidos, como Portugal, em que o parto acontece em meio hospitalar, a taxa de mortalidade neonatal é reduzida e onde o risco de onfalite é baixo. De acordo com as mesmas autoras, esta técnica funciona de forma adequada em populações que compreendem e aplicam o ensino e treino realizados, acerca de como manter o coto limpo e seco e que facilmente reconheçam os sinais e sintomas de infecção, daí ser fundamental instruir os pais acerca dos cuidados a ter com o coto umbilical. Hockenberry & Wilson (2014), acrescentam que os enfermeiros devem incluir nos ensinamentos aos pais, para além dos cuidados a ter com o coto umbilical, a importância da observação e monitorização.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Competências do EESIP
POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA	- Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre medidas de segurança adquirido	- Avaliar conhecimentos a mãe e(ou) do pai sobre medidas de segurança - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança - Instruir a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de queimaduras - Instruir a mãe e(ou) o pai sobre o transporte em segurança do RN	E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde

- Instruir a mãe e(ou) o pai sobre a prevenção de quedas do RN

E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar

E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família

Fundamentação teórica:

Na Europa, os traumatismos são a primeira causa de morte em crianças e adolescentes, sendo responsáveis por mais mortes do que todas as outras causas combinadas e Portugal não é exceção. Nos últimos anos, assiste-se a uma diminuição significativa dos acidentes ocorridos, segundo o *European Child Safety Alliance*, contudo Portugal ainda se situa abaixo da média Europeia (Batalha et al, 2015). Segundo o relatório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, na faixa etária entre os 0 e os 4 anos de idade a percentagem de acidentes que ocorre no domicílio encontra-se acima dos 50%. Destes o mecanismo de lesão com maior percentagem é a queda, seguido da queimadura (Contreiras, Rodrigues & Nunes, 2010). Perante estes dados, o ensino dos pais acerca de medidas de prevenção de acidentes é fundamental.

A par dos acidentes domésticos, os acidentes rodoviários estão incluídos nas principais causas de morte em lactentes. Um número importante de lactentes morre ou lesiona-se, por serem incorretamente presos dentro de veículos automóveis. A falta de sistema de retenção para crianças continua a ser um fator crucial nos acidentes fatais que envolvem lactentes (Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores defendem que, a prevenção de acidentes inclui além da proteção da criança a educação do prestador de cuidados.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Competências do EESIP
	- Papel parental melhorado	- Avaliar papel parental - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental	E.1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e

POTENCIAL PARA MELHORAR O
PAPEL PARENTAL

- Apoiar e promover papel parental
- Ensinar a posicionar o RN para eructar
- Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre manobras de desobstrução da via aérea
- Instruir e treinar a mãe e(ou) o pai a realizar massagem infantil

família para a assunção do seus papeis em saúde
E.1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.
E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade
E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.

Fundamentação teórica:

Cuidar não é uma capacidade inata, é uma competência e os enfermeiros têm o dever de ajudar e ensinar os pais para que se tornem competentes no cuidar dos seus filhos (OE, 2010). Segundo Brazelton (2010) o RN não é o único membro da família que tem de enfrentar um novo mundo, a vida da mãe e do pai também sofrem alterações. Os pais necessitam de tanto acompanhamento e apoio como o RN, necessitam de ter consciência da total responsabilidade que têm perante o bebé. O mesmo autor defende que é importante que o profissional de saúde apoie e esteja disponível enquanto os pais se relacionam com o bebé.

Os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, é frequente nos casais que foram pais há pouco tempo, abordarem a parentalidade com conhecimento e experiência limitados (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que o incremento de conhecimentos neste âmbito é fundamental.

Os pais necessitam de algumas capacidades para que se sintam confortáveis no papel parental, como a “compreensão básica do crescimento e desenvolvimento da criança, higiene, uso do jogo/brincadeira e competências para a comunicação interpessoal” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.59). Foram selecionadas as capacidades que se consideraram, após a apreciação inicial, que os pais do bebé M.T. mais necessitavam de desenvolver.

Planeou-se intervir no âmbito da massagem infantil, uma vez que esta, segundo a OE (2012) permite a proximidade entre pais e bebé e a construção de uma ligação entre ambos. Este contacto aumenta a sensibilidade dos pais para

identificar os sinais que o bebé lhes dá através da linguagem corporal. “Os enfermeiros, ao executarem a técnica de massagem infantil e ao ensinarem a mesma aos pais, melhoram o crescimento físico, favorecem as mudanças alimentares e a diminuição do stress infantil, reforçam a vinculação pela interação pais/bebé, e o sentimento de utilidade dos pais, e facilitam a assunção do papel parental” (OE, 2012, p.3).

Considerou-se, também, necessário ensinar aos pais as manobras de desobstrução da via aérea, Hockenberry & Wilson (2014) defendem que é importante transmitir aos pais conhecimentos de emergência para o engasgamento.

<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Competências do EESIP</i>
<p><i>ADESÃO À VACINAÇÃO</i> <i>PRESENTE</i></p>	<p>- Adesão à vacinação presente</p>	<p>- Avaliar adesão à vacinação - Avaliar conhecimentos da mãe e(ou) do pai sobre vacinação - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas - Planear vacinação</p>	<p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil</p>

Fundamentação teórica:

De acordo com a DGS (2016), os programas de vacinação universais promovem a equidade, proporcionam igualdade de oportunidades e protegem e previnem doenças. Conforme consta no PNSIJ (DGS, 2013) e tendo em conta os movimentos antivacinais atuais, é emergente o incentivo ao cumprimento do PNV, com o intuito de preservar o estado vacinal das crianças. A mesma fonte acrescenta que em todos os contactos com a família e/ou criança deve ser sempre verificado o estado vacinal e atualizado, caso necessário, de acordo com o PNV. Hockenberry & Wilson (2014, p. 536) acrescentam que os enfermeiros são os profissionais mais adequados para “fornecer informação apropriada aos pais sobre os benefícios da imunização infantil, contraindicações, efeitos secundários e efeitos da não-vacinação na saúde da criança”.

AVALIAÇÃO

A última etapa do processo de Enfermagem é a avaliação, na qual se analisam e discutem os resultados obtidos com as intervenções realizadas. Desta forma, a avaliação do plano de cuidados estabelecido para o bebé M.T. foi realizada em todos os contactos subsequentes à apreciação inicial e estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem.

Segue-se a avaliação dos resultados obtidos, de acordo com cada um dos diagnósticos definidos.

Diagnóstico de Enfermagem – Risco de Desenvolvimento Infantil Comprometido

Após a avaliação inicial em que se verificou que o bebé M.T. tinha perdido mais do que 10% do peso total nos primeiros três dias de vida, agendou-se nova avaliação de peso 2 dias após o primeiro contacto. Assim, no dia 11/05/17 (ao 5º dia de vida) o peso do bebé M.T. era de 2,940kg. Verificou-se que já não se encontrava a perder peso e tinha, inclusivamente aumentado 190gr em dois dias. Foram explicados aos pais aspetos importantes sobre o desenvolvimento infantil nesta faixa etária, nomeadamente a importância da vigilância das características e quantidade da urina e fezes, que os pais compreenderam. Avaliou-se novamente o peso do bebé M.T. dia 15/05/17 que era de 3,090kg e no dia 23/05/17, era de 3,400kg. Verificou-se, então, um aumento de mais de 20gr por dia o que corresponde a um aumento ponderal adequado. No dia 23/05/17 avaliou-se além do peso, a estatura que era de 50,5cm e o perímetro cefálico, que era de 35cm. Aos 17 dias de vida, verificou-se que o bebé M.T. já tinha recuperado e aumentado o peso do nascimento. Estes dados encontram-se dentro do esperado, de acordo com Hockenberry & Wilson (2014), aos 15 dias de vida os RN já devem ter recuperado o peso do nascimento.

Em todas as avaliações realizadas foram avaliados os reflexos primitivos deste RN que se encontravam presentes. Apresentava tónus muscular adequado e coordenação no reflexo de sucção e deglutição.

Diagnóstico de Enfermagem – Amamentação Comprometida

Verificou-se que a mãe estava com bastante disponibilidade e motivação para amamentar, o pai também demonstrou alguns conhecimentos sobre o tema, que foram reforçados. Em todos os contactos com esta família, o bebé M.T. foi sempre colocado à mama, de forma a que pudesse ser avaliada a pega da aureola mamária, posicionamento e sucção do bebé. O bebé M.T. apresentou

bons reflexos de sucção e deglutição, fazia pega da aurela mamária corretamente, contudo na mama direita não se encontrava bem adaptado. As ações planeadas para melhorar este aspeto foram eficazes, uma vez que, nas consultas seguintes, o bebé M.T. encontrava-se bem adaptado às duas mamas, mantendo aleitamento materno exclusivo com bom aumento ponderal. A mãe referiu, inclusivamente, ter deixado de sentir necessidade de realizar extração manual de leite, pois o bebé encontrava-se, após a implementação das intervenções estabelecidas, com a amamentação bem estabelecida. Conclui-se que as ações implementadas neste foco tiveram resultado positivo.

Diagnóstico de Enfermagem – Ferida Presente

Os pais apresentavam capacidade para prestar cuidados ao coto umbilical e demonstraram ter apreendido as informações transmitidas. A separação do coto umbilical ocorreu ao 5º dia de vida, encontrando-se dentro do intervalo de tempo considerado normal. Hockenberry & Wilson (2014), referem que o tempo médio de separação do coto umbilical é entre o 5º e o 15º dia de vida.

O coto umbilical apresentava características dentro do padrão normal, sem odor fétido e nem sinais inflamatórios em redor. Após a separação do coto umbilical, o umbigo manteve-se sem sinais inflamatórios e com boa evolução cicatricial.

Diagnóstico de Enfermagem – Potencial para melhorar o conhecimento sobre medidas de segurança.

Os pais demonstraram ter apreendido as informações transmitidas sobre medidas de segurança e prevenção de acidentes. Durante as consultas o bebé M.T. foi sempre transportado em sistema de retenção adequado à sua faixa etária, com os cintos de segurança colocados. Os pais demonstraram, durante as consultas, não deixar o bebé sozinho numa superfície alta. Verificou-se que os conhecimentos sobre medidas de segurança transmitidos aos pais foram adquiridos.

Diagnóstico de Enfermagem – Potencial para melhorar o papel parental

Os pais do bebé demonstraram estar a adaptar-se convenientemente ao papel parental que iniciaram com o nascimento do bebé M.T. Foram instruídos sobre responsabilidades parentais e foram feitos ensinamentos de acordo com as capacidades relacionadas com o cuidar do RN, que os pais revelaram mais interesse em desenvolver, no momento da apreciação inicial. Os pais mostraram-se bastante recetivos e demonstraram ter compreendido os ensinamentos feitos acerca do

posicionamento do RN para eructar, sobre a manobra de desobstrução das vias aéreas e sobre a massagem infantil.

Diagnóstico de Enfermagem – Adesão à vacinação Presente

Foi avaliada a adesão à vacinação verificando-se que o bebé M.T. cumpria o PVN encontrando-se o seu estado vacinal atualizado de acordo com a sua faixa etária. Foram fornecidas informações aos pais sobre vacinas, nomeadamente, sobre as vacinas que integram o PNV durante o primeiro ano de vida e sobre as vacinas extra plano que podem ser administradas. Os pais mostraram-se bastante recetivos às informações transmitidas. Foi agendada a data da administração das próximas vacinas, de acordo com o PNV em vigor, de forma a manter a adesão à vacinação desta criança.

Em suma, considera-se que se conseguiu intervir positivamente nos diagnósticos elaborados neste plano de cuidados. Não se verificaram discrepâncias entres os cuidados planeados e os cuidados realizados. Considera-se que as intervenções planeadas e executadas conseguiram atingir os resultados esperados em cada diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A., Chaves, E., Freitas, M. & Monteiro, A. (2007). Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Rev Bras Enferm*, 60 (3), 344-347. Acedido em 10-05-2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a19.pdf>
- Batalha, S., Salva, I., Santos, J., Albuquerque, C., Cunha, F. & Sousa, H. (2016). Acidentes em crianças e jovens, que contexto e que abordagem? Experiência de nove meses no serviço de urgência num hospital de Nível II. *Acta Pediatr Port*. 47.30-7 Acedido a 2-06-2017 em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/6207/6179>
- Brazelton, T. Berry (2010). *O grande livro da criança*. 12ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.
- Christoffel, M., Pacheco, S. & Reis, C. (2008). Modelo Calgary de Avaliação Familiar de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 12(1). 160-165. Acedido em 2-06-2017 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a25.pdf>

- Contreiras, T., Rodrigues, E. & Nunes, B. (2010). *Adelia, acidentes domésticos e de lazer: informação adequada – relatório 2006-2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- DGS (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS
- DGS (2016). *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Acedido em 10-05-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>
- Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748004-1
- Levy, L. (2011). *Um acto de Amor*. Lisboa: Esfera dos Livros ISBN 978-989-626-284-6
- Lopes, (2014). Qualidade de vida das crianças e dos adolescentes com doença cardíaca congénita. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Luís, S., Costa, G. & Casteleiro, C. (2014). Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão. *Millenium*, 47, 33-46. Acedido a 3-07-2017. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>.
- Moniz, A. (2007). *Depressão e fatores cronobiológicos*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho. Acedido a 3-06-2017. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7820/1/tese%20de%20Ana%20godinho.pdf>
- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa
- OE (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa. Acedido a 27-05-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE (2012). Parecer nº 6/2012 sobre Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. Acedido a 2-06-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf
- Papalia, E., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8.ªed.) Trad. D. Bueno, Porto Alegre: ArtMed. Acedido em 23-03-2017. Disponível em <https://docs.google.com/file/d/0B6AdT8KuBrofbFY0SDFwbTRMTUU/edit?pli=1>
- Pokorski, S., Moraes, M., Chiarelli, R., Costanzi, A. & Rabelo, E. (2009). Processo de Enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-am Enfermagem*, 17

(3). Acedido em 23-03-2017. Disponível em
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca

APÊNDICE A

Instrumento de Avaliação da Família

(baseado no Modelo Calgary de Avaliação da Família)

Mãe:

Nome _____

Idade _____ Profissão _____ Escolaridade _____

Antecedentes pessoais: _____

Pai:

Nome: _____

Idade _____ Profissão _____ Escolaridade _____

Antecedentes pessoais: _____

Habitação:

Casa própria/casa alugada _____

Nº de divisões _____ WC _____ Saneamento básico _____ Eletricidade _____

Local da residência _____

Outras pessoas que coabitem na mesma habitação _____

Relacionamento com vizinhos e comunidade _____

Rede de Apoio:

Familiares ou amigos que vivam perto e a quem possam recorrer no caso de necessidade de apoio _____

Divisão das tarefas relacionadas com os cuidados à criança _____

Vigilância de Saúde:

Médico de Família _____ Pediatra _____

Enfermeiro de Referência _____

Religião: _____

Apêndice B

Consentimento Informado

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PAIS

Eu, Dina Sofia Freire Morganheira, estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, no ramo de especialização em Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Universidade de Évora, solicito a vossa autorização para recolha de dados com o intuito de realizar um trabalho de Estudo de Caso no âmbito deste Mestrado.

Os dados recolhidos são, meramente, para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmos.

Autorizo: _____

Data: 23/05/2017

ANEXO Q

Folheto “Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida”



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Se tiver dúvidas, contacte a UCSP de [REDACTED]



Elaborado por:
Enfermeira Cláudia Mateus
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Enfermeira Dina Morganheira
Mestranda em Enfermagem, ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



QUANDO INTRODUZIR NOVOS ALIMENTOS

Idealmente aos 6 meses de vida do bebê, mantendo o leite materno ou o leite de artificial, em exclusivo, até essa altura. É desejável manter a amamentação ou o leite de artificial durante a introdução de novos alimentos.

A amamentação é recomendada como complemento até aos 2 anos de idade ou mais.



A IMPORTÂNCIA DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- Permite o desenvolvimento e crescimento da criança e preservação da saúde;
- Fornece aportes nutricionais indispensáveis à manutenção do estado de saúde;
- Ajuda o amadurecimento gastrointestinal;
- Estimula o mecanismo de mastigação e deglutição;
- Permite a socialização da criança na família, contribuindo para o desenvolvimento da afetividade e do comportamento;
- Ajuda a criar bons hábitos alimentares para toda a vida;
- A aprendizagem de novos sabores é facilitada pela exposição a diferentes paladares através do leite materno;
- O gosto pelo doce é inato e a adesão ao ácido e amargo implicam aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Procure apresentar ao bebê uma grande variedade de alimentos saudáveis, com diferentes consistências e texturas, até aos 12 meses de idade. As refeições sólidas devem ser oferecidas com a colher, uma vez que um dos objetivos é estimular a mastigação;
- Introduza um alimento novo a cada 3 a 5 dias, para facilitar a detecção de possíveis reações alérgicas ou intolerâncias;
- Tenha persistência, por vezes é preciso que o bebê prove um alimento dez ou mais vezes, em ocasiões diferentes para que o aceite;



- Deixe que o bebê veja, cheire, toque nos alimentos e participe de forma ativa nas refeições;
- Incentive calmamente o bebê a provar os alimentos, mas nunca o pressione a comê-los;
- Aprenda a reconhecer e respeitar os sinais de fome e saciedade do bebê;
- Ofereça porções adequadas à idade do bebê. O mais importante é seguir o seu apetite;
- Ofereça água várias vezes ao dia, de acordo com a sede do bebê. A água é considerada um alimento e deve ser oferecida quando se introduzem alimentos sólidos;
- Comece a habituar o bebê a uma rotina de refeições, evitando oferecer alimentos fora das mesmas, para não prejudicar o seu apetite;
- Faça das refeições momentos agradáveis de convívio e aprendizagem, sendo um bom exemplo para o seu filho.

ALIMENTOS NÃO RECOMENDADOS ANTES DOS 12 MESES

- Espinafre, nabo, nabiça, beterraba e aipo (elevado teor de nitrato e fitato);
- Morango, amora, kiwi, maracujá, pêssegos, citrinos, frutos secos (potencialmente alergénicos);
- Leite de vaca e clara de ovo;
- Sal;
- Açúcar, mel e doces;
- Carne de porco, enchidos e enlatados;
- Alimentos fritos;
- Bebidas como sumos, refrigerantes e chás;

6 meses

SOPA

A primeira sopa deve ser um puré de legumes, pode ser o primeiro alimento a ser oferecido como uma refeição por dia. Permite o treino dos sabores não doces. A base da sopa deve ser com **abóbora, batata, cenoura** e gradualmente acrescentar **cebola, alho francês, alface, couve-flor, courgette e brócolos**, agrupados 4 a 5 ingredientes de cada vez. Progressivamente introduzir outros legumes. No final da cozedura dos legumes devem ser adicionados 5-7,5ml (1 colher de chá) de azeite a cada dose de sopa.



PAPA

Iniciar a primeira papa com glúten (mistura de cereais). Pode ser láctea (preparar com água) ou não láctea (preparar com o leite materno ou com leite artificial que bebe habitualmente). Devem ser enriquecidas com ferro. Uma refeição deve corresponder a cerca de 35 a 50gr de farinha e deve constituir uma refeição por dia.

FRUTA

Oferecer uma peça de fruta de cada vez, como sobremesa, crua, cozida ou assada. Dar sob a forma de puré se cozida ou assada e triturada se crua. Primeiros frutos: **maçã, banana e pêra**. Pode introduzir-se também **papaia, pera-abacate e manga** aos 6/7 meses.



CARNE

Adicionar na sopa, em primeiro lugar, a carne de aves (**frango e peru**) e de seguida o **borrego, coelho e vitela**. Iniciar em porções de 10gr de carne sem gordura e ir aumentando gradualmente até atingir a dose diária de **25-30 gr** (equivalente a 1 colher de sopa).



7 meses

PEIXE

Adicionar primeiro o peixe magro na sopa (**pescada, linguado, solha ou faneca**) e só **depois dos 10 meses** o peixe gordo (**salmão, atum e bacalhau**). Iniciar com porções de 10gr de peixe, fresco ou congelado, e aumentar progressivamente até atingir a dose diária de 25-30gr (equivale a 1 colher de sopa).



OFERECER 2 REFEIÇÕES DE PURÉ DE LEGUMES POR DIA, DIVIDINDO A DOSE DIÁRIA DE CARNE OU PEIXE CARNE 4X/SEMANA E PEIXE 3X/SEMANA

8 meses

Aumentar gradualmente a consistência dos alimentos, não triturar a carne/peixe junto com a sopa.

Iniciar o 2º prato, adicionando a carne ou o peixe preparados com **batata esmagada, açorda** e, posteriormente, **arroz branco ou massa**, cozidos e acompanhados sempre com legumes.

Oferecer **pão** em pequenas quantidades.

9 meses

GEMA DO OVO

Introduzir de forma lenta e progressiva: $\frac{1}{2}$ **gema** por refeição/semana durante 2 a 3 semanas. A seguir passar a **1 gema** por refeição/semana. Posteriormente, oferecer 1 gema de ovo, até 2 a 3 vezes por semana.

Na refeição em que se coloca a gema não se deve colocar carne nem peixe.

IOGURTE

Oferecer ao lanche um iogurte natural, sem aromas ou açúcar, numa pequena porção (150-200ml), em alternativa ao leite ou papa. Pode adicionar-se fruta fresca ao iogurte.



LEGUMINOSAS



Podem iniciar-se as leguminosas sempre bem demolhadas e, inicialmente, sem casca e em pequena quantidade. Iniciar pelo **feijão frade, feijão branco ou preto e lentilha**. Mais tarde (aos 11/12meses) iniciar a ervilha, grão e favas.

12 meses

CLARA DE OVO

Oferecer o ovo inteiro, na quantidade de 2 a 3 ovos por semana. Não adicionar carne nem peixe na refeição em que se coloca o ovo. Iniciar leite vaca e derivados não ultrapassando os 500ml por dia.

- A partir dos 12 meses deve habituar o bebé ao padrão alimentar familiar, devendo comer à mesa com a família;
- Recomenda-se uma dieta saudável, variada e equilibrada a toda a família;
- A refeição proporciona um período privilegiado de interação, convívio e de aprendizagem social. A televisão deverá estar desligada.



RESUMO DAS IDADES-CHAVE

Idade em meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alimentos												
Leite Materno												
Sopa de Legumes												
Papa de cereais												
Fruta												
Carne												
Peixe												
Pão												
Arroz e Massas												
Gema de Ovo												
Iogurte												
Leguminosas												
Clara de Ovo												

Elaborado de acordo com as recomendações da Acta Pediátrica Portuguesa (2012)

Apêndice R

**Artigo “Preservação do direito à privacidade: percepção do
doente internado – revisão integrativa”**

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE:
PERCEÇÃO DO DOENTE INTERNADO
REVISÃO INTEGRATIVA

PRESERVACIÓN DEL DERECHO A LA PRIVACIDADE:
PERCEPCIÓN DEL DOENTE INTERNADO
REVISIÓN INTEGRATIVA

PRESERVATION OF THE RIGHT TO PRIVACY:
PERCEPTION OF HOSPITALIZED PATIENT
INTEGRATIVE REVIEW

Dina Morganheira - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Patricia Silva - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira no Serviço de Cirurgia – tira 1 do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Rui Pereira - Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Alice Ruivo - Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

VOL. 3 N.º 2 AGOSTO 2017

RESUMO

Introdução: A privacidade como direito humano fundamental deve ser preservada em todas as dimensões. Em situação de internamento hospitalar as duas dimensões da privacidade mais afetadas são a privacidade física e de informação. A preservação da privacidade dos doentes é essencial no estabelecimento de uma relação entre estes e a equipa de saúde e é atualmente um indicador importante da qualidade dos cuidados.

Objectivos: Conhecer as perspetivas dos doentes internados acerca do seu direito à privacidade.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa com base na pesquisa de estudos nas bases de dados B-on, SciELO e EBSCO nos últimos 12 anos (2005-2016).

Resultados: Foram selecionados 9 artigos, dos quais 4 são de abordagem quantitativa e 5 qualitativa. Os artigos sugerem que as dimensões da privacidade que mais vezes sofrem infrações são a dimensão física e informacional. Aspetos do espaço físico são referidos como fatores que influenciam negativamente a preservação da privacidade.

Conclusão: A perceção dos doentes sobre a sua privacidade prediz a sua satisfação acerca dos cuidados. A falta de privacidade condiciona no doente sentimentos de stress e afeta a relação entre estes e os profissionais de saúde.

Palavras chave: privacidade, confidencialidade, doente internado, cuidados de enfermagem, revisão integrativa

RESUMEN

Introducción: La privacidad como derecho humano fundamental debe preservarse en todas las dimensiones. En la situación de internamiento hospitalario las dos dimensiones de la privacidad más afectadas son la privacidad física y de información. La preservación de la privacidad de los pacientes es esencial para establecer una relación entre éstos y el equipo de salud y es actualmente un indicador importante de la calidad del cuidado.

Objetivos: Conocer las perspectivas de los pacientes internados acerca de su derecho a la privacidad.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa basada en la investigación de estudios en las bases de datos B-on, SciELO y EBSCO en los últimos 12 años (2005-2016).

Resultados: Se seleccionaron 9 artículos, de los cuales 4 son de abordaje cuantitativo y 5 cualitativo. Los artículos sugieren que las dimensiones de la privacidad que más veces sufren infracciones son la dimensión física e informacional. Los aspectos del espacio físico

se denominan factores que influyen negativamente en la preservación de la privacidad.

Conclusión: La percepción de los enfermos sobre su privacidad predice su satisfacción en el cuidado. La falta de privacidad condiciona en el paciente sentimientos de estrés y afecta la relación entre éstos y los profesionales de la salud.

Palabras clave: Privacidad; confidencialidad; enfermo; atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Privacy as a fundamental human right must be preserved in all dimensions. In hospitalization the two dimensions of privacy most affected are physical and information privacy. Preserving patient privacy is essential in establishing a relationship between the patient and the health care team and is currently an important indicator of the quality of care.

Objectives: Knowing perspectives of hospitalized patients about their right to privacy.

Methods: An integrative review was based on research studies in databases B-on, SciELO and EBSCO in the last 12 years (2005-2016).

Results: We selected 9 articles, 4 of which are quantitative approach and 5 qualitative. The articles suggest that the dimensions of privacy that are most often violated are the physical and informational dimension. Aspects of physical space are referred to as factors that negatively influence the preservation of privacy.

Conclusion: Patients' perception of their privacy predicts their satisfaction about care. The lack of privacy conditions in the patient feelings of stress and affects the relationship between these and the health professionals.

Keywords: Privacy; confidentiality; hospitalized patient; nursing care; integrative review.

INTRODUÇÃO

A privacidade é reconhecida como um direito humano fundamental que deve ser preservado em todas as dimensões. A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece no artigo 12º que "ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência"⁽¹⁾. No nosso país, o direito à privacidade encontra-se consagrado na Constituição da Republica Portuguesa desde 1976, especificamente no capítulo intitulado "Direitos, Liberdades e Garantias" o artigo 33º determina o direito à reserva da intimidade da vida privada e família⁽²⁾.

PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE...

O direito à privacidade assume contornos específicos e bastante relevantes quando abordado em contexto de cuidados de saúde. A Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 21 de agosto na sua Base XIV, n.º1, alínea c) define concretamente o direito que os utentes têm de ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito⁽³⁾.

O hospital constitui um ambiente hostil à natureza humana pois potencia a fragilidade física e a vulnerabilidade do doente⁽⁴⁾. Desde há muitos anos que o respeito pela privacidade e confidencialidade do doente é tida como uma obrigação dos profissionais de saúde e na atualidade esta temática continua a ter lugar de destaque na prática dos cuidados⁽⁵⁾. Em Portugal, esta obrigatoriedade está explícita no código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente nos artigos 106º que reporta ao Dever de Sigilo e no artigo 107º que incide no Respeito pela Intimidade⁽⁶⁾.

Considera-se que em situação de internamento hospitalar as duas dimensões da privacidade mais afetadas são a privacidade física e da informação acerca da pessoa internada.

A preservação da privacidade dos doentes é essencial no estabelecimento de uma relação entre a equipa de saúde e os doentes. É importante considerar que a intrusão da privacidade pode incluir várias abordagens como: a presença física de uma pessoa não desejável para o doente, a observação do doente por um profissional de saúde sem que este o permita, informação enganadora ou tomada de decisão pelo próprio doente sem o seu consentimento⁽⁷⁾.

Considera-se que a falta de privacidade e confidencialidade dificulta a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, especialmente se interessa discutir assuntos sensíveis e opções de tratamento importantes⁽⁸⁾.

Nos últimos tempos os níveis de satisfação dos doentes têm sido identificados como um dos maiores indicadores de qualidade em cuidados de saúde, sendo influenciados por vários fatores. A proteção da privacidade nos cuidados de saúde é tida como um indicador de qualidade importante⁽⁹⁾.

MÉTODOS

Desenvolvemos uma revisão integrativa tendo em conta os princípios da pesquisa baseada na evidência. Segundo Ercole *et al.*⁽⁹⁾ uma revisão integrativa da literatura permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Este método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica proporcionando, desta forma, a compreensão mais completa do tema de interesse.

Durante esta pesquisa formulou-se uma pergunta de investigação: *Qual a percepção que os doentes internados têm quanto ao seu direito à privacidade?* A pergunta de investigação foi elaborada de acordo com a metodologia PICOD (*Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Design*)

Atendendo à pergunta de investigação esboçaram-se critérios de inclusão, de modo a selecionar os estudos:

- *População*: adultos internados;
- *Fenómenos de interesse*: os estudos analisados devem considerar a perspetiva do doente internado relativamente ao seu direito à privacidade;
- *Outcomes*: os resultados devem incluir qual a percepção e satisfação do doente em relação à sua privacidade durante o internamento;
- *Desenho*: A revisão irá considerar estudos que concentrem dados qualitativos e quantitativos

Tal como se definiram critérios de inclusão foram também definidos como critérios de exclusão estudos não indexados a bases eletrónicas de pesquisas, artigos que não tivessem disponível o texto integral e que não estivessem publicados num dos seguintes idiomas: português, inglês ou espanhol.

A pesquisa foi efetuada em periódicos indexados nas mais diversas bases de dados, individualmente pelos elementos do grupo de trabalho, entre as quais B-on, SciELO e EBSCO usando como limite inferior o ano de 2005 e limite máximo o ano de 2016. Foram usadas as seguintes palavras-chave: *privacy, confidentiality, patient, nursing care, satisfaction*, com as seguintes combinações e booleanos: *patient privacy AND nursing care; patient privacy; patient confidentiality; patient privacy AND satisfaction*.

Numa primeira fase foram analisados os títulos dos artigos encontrados de forma a identificar os que iam de encontro aos objetivos desta revisão integrativa. Deu-se continuidade ao processo de inclusão/exclusão de artigos através da leitura do resumo. Aqueles cujos resumos se enquadravam nos objetivos da revisão e que estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos foram analisados na integra.

RESULTADOS

Em conformidade com a estratégia definida, a pesquisa bibliográfica nas bases de dados referidas resultou em 237 artigos. Seguiu-se a leitura dos títulos e posteriormente dos resumos e foram analisados na integra 38 artigos. Após esta análise e de acordo com os objetivos e critérios de inclusão e exclusão previamente definidos foram selecionados 9 estudos para integrar esta revisão.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois dos autores de forma independente e com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁰⁾.

O processo de sistematização de dados foi realizado com recurso a tabelas para facilitar a análise dos estudos, as quais contemplavam os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, *outcomes*, intervenção ou fenómeno de interesse, resultados e principais conclusões. Os níveis de evidência encontrados nos estudos analisados de acordo com o *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁰⁾ foram o nível 2⁽⁸⁾, nível 3^(5,7,11) e nível 4^(4,12,13,16,17).

Os estudos analisados foram desenvolvidos em diversos países e estão distribuídos da seguinte forma: Brasil (2 estudos), Taiwan (2 estudos), Turquia, Inglaterra, Nova Zelândia, Austrália e Irão (1 estudo cada).

Com o intuito de melhor compreender e visualizar os resultados obtidos os estudos incluídos nesta revisão foram agrupados conforme a abordagem metodológica utilizada. Assim, do total dos 9 estudos analisados quatro apresentam metodologia quantitativa e cinco metodologia qualitativa. De salientar que dos estudos quantitativos um é quase-experimental e três são descritivos. Na tabela 1 apresentam-se os estudos selecionados de forma a sistematizar e comparar os resultados obtidos.

A amostra dos estudos é constituída maioritariamente por doentes internados em serviços de urgência (4 estudos) ou em enfermarias (5 estudos). Contudo existem dois estudos que consideram, simultaneamente, na amostra doentes e enfermeiros, permitindo assim perceber a perspetiva deste grupo profissional face à temática analisada.

PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE...

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

Autor/Ano	País	Amostra	Métodos de Pesquisa	Intervenção/Fenómenos de Interesse
Estudos qualitativos				
Soares, V. & Dall'Agnol, C. (2011) ⁽¹⁷⁾	Brasil	12 doentes	Entrevistas semiestruturadas Observação simples	Perceção dos doentes em relação ao respeito pela sua privacidade
Resultados	A experiência de exposição do seu corpo ao outro e a postura inadequada dos profissionais de enfermagem constituem situações geradoras de ansiedade, constrangimento e stress com repercussões na saúde e bem-estar do doente.			
Pupulim, J. & Sawada, N., (2012) ⁽⁴⁾	Brasil	34 doentes	Entrevistas semiestruturadas	Perceção dos doentes em relação à sua privacidade
Resultados	Os doentes apontaram fatores comportamentais que contribuem ou não para a proteção e manutenção da privacidade no hospital, destacando o respeito como aspeto mais importante, seguido pelo controlo pessoal sobre situações que transgridem a sua privacidade.			
Woogara, J. (2005) ⁽¹⁴⁾	Inglaterra	73 doentes 34 enfermeiros	Observação não participada, entrevistas não-estruturadas e entrevistas semi-estruturadas	Comportamentos e perceções dos doentes e profissionais acerca da privacidade
Resultados	<p><i>Doentes:</i> interrupção constante por parte das rotinas dos profissionais; o ambiente hospitalar não engloba os seus valores individuais, crenças e relações; têm pouco controlo e escolha sobre aspetos da sua vida privada; maior limitação sobre escolhas sobre si próprios quanto maior é o nível de dependência.</p> <p><i>Profissionais de saúde:</i> os mais novos têm mais consciência dos documentos que salvaguardam o direito à privacidade; não promovem o espaço pessoal para o doente; sentam-se com frequência nas camas dos doentes sem o seu consentimento não comunicam na generalidade com os doentes de forma a respeitar a sua individualidade; a informação pessoal do doente é partilhada sem o seu consentimento; de forma geral a equipa falha na proteção da dignidade e privacidade do doente; os pacientes não são observados num local que assegure eficazmente a sua privacidade.</p>			
Akyüz, E. & Erdemir, F. (2013) ⁽¹²⁾	Turquia	102 doentes 47 enfermeiros	Entrevista semi-estruturada	Perceção de doentes submetidos a cirurgia e enfermeiros quanto à influência dos cuidados na manutenção da privacidade e sugestões de melhoria
Resultados	52,9% dos doentes e 70,2% dos enfermeiros define privacidade como "confidencialidade da vida privada"; 75,5% dos doentes refere nunca ter tido uma experiência desagradável relacionada com partilha dos seus dados pessoais, 24,5% referem o contrário; 85,1% dos enfermeiros refere proteger as informações dos doentes durante as passagens de turno; os enfermeiros afirmam ter cuidados para prevenir que terceiros ouçam ou tenham acesso à informação do doente; os enfermeiros estão determinados a respeitar e proteger a autonomia do doente; 80% dos doentes considera que as regras do hospital respeitam e protegem a sua privacidade; 95,7% dos enfermeiros e 80,4% dos doentes referem que o espaço físico deveria ser melhorado para respeitar a privacidade dos doentes (quartos individuais, fechar as portas durante os procedimentos, usar cortinas); os doentes deram bastante relevo à privacidade durante a atividade eliminação.			

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

Autor/Ano	País	Amostra	Métodos de Pesquisa	Intervenção/Fenómenos de Interesse
Estudos qualitativos				
Malcolm, H. (2005) ⁽¹³⁾	Nova Zelândia	12 ex-doentes	Entrevista semi-estruturada	Identificar problemas verificados por pessoas com hospitalização anterior quanto à manutenção da privacidade pelo facto de terem permanecido num quarto compartilhado. Verificar como antigos doentes perceberam a sua privacidade no seu anterior internamento
Resultados	Falta de privacidade é condição aceite: a privacidade efetiva é menor que a esperada. Limitações ambientais, desejo de um sitio privado onde discutir assuntos privados; cortinas não promovem privacidade informacional, apenas barreira visual. Os doentes têm a perfeita noção de estarem a ser ouvidos assim como ouvem as informações dos outros doentes com famílias e profissionais de saúde (os profissionais deverão moderar a voz); a possibilidade de escolha sobre privacidade manteria o controlo de informações pessoais: restringem a informação fornecida aos profissionais de forma a salvaguardar as suas informações pessoais dos demais.			
Karro, J. et al. (2005) ⁽¹⁴⁾	Austrália	235 doentes	Questionário	Identificar fatores ambientais e a sua relação com a percepção dos doentes sobre as infrações à privacidade. Perceber como as infrações à privacidade afetaram evolução dos cuidados.
Resultados	Privacidade é mais importante para as mulheres do que para os homens. Os doentes que ficam em espaços divididos apenas por cortinas referem mais infrações à privacidade. Quanto maior for a permanência no serviço maior é a percepção de infrações à privacidade pelos doentes. Os doentes escondem informação ou recusam ser examinados devido à observação prévia de infrações à privacidade.			
Lin, Y. et al. (2013) ⁽⁶⁾	Taiwan	313 doentes pré-intervenção 341 doentes pós-intervenção	Questionário	A intervenção instituída no SU contemplou: organização do espaço e do processo de funcionamento; controlo de acesso; formação e treino em bioética; consulta ética feita pelos profissionais onde é permitindo que os doentes expressem as suas preocupações.
Resultados	O grupo pós-intervenção apresenta valores percentuais significativamente mais altos de satisfação e de percepção geral da privacidade; obteve melhores níveis de satisfação nas categorias: informação pessoal ouvida por terceiros, ser vistos por pessoas irrelevantes, conversas inapropriadas ouvidas intencionalmente por profissionais de saúde, respeito pela privacidade. Na categoria "privacidade no espaço para o exame físico" não houve diferenças entre os dois grupos. A análise global revela que a intervenção melhorou a percepção da privacidade e satisfação dos doentes.			

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

Autor/Ano	País	Amostra	Métodos de Pesquisa	Intervenção/Fenómenos de Interesse
Estudos qualitativos				
Nayeri, N. & Aghajani, M. (2010) ⁷⁾	Irão	360 doentes	Questionário	Tendo em conta três dimensões da privacidade: física, informacional e psicossocial, procura-se perceber como os profissionais do SU respeitam a privacidade do doente, relaciona-se esta associação com a satisfação do doente.
Resultados	Existe uma relação forte e significativa entre privacidade e satisfação; existe uma relação estreita entre a privacidade e a localização das camas dos doentes (doentes referem a privacidade como "fraca" em zonas comuns sem cortinas e "melhor" em quartos com cortinas); estabelece relações entre a idade do doente e privacidade, doentes mais velhos relatam mais violações à privacidade; o respeito pela privacidade de informação foi considerado como "fraco" por 30% dos doentes e como "bastante bom" pela mesma percentagem; cerca de 30% dos doentes refere o nível "fraco" em relação à privacidade psicossocial; quanto maior for a o período de internamento mais prováveis são violações à privacidade; os doentes que referem que a sua privacidade foi preservada, indicam níveis mais altos de satisfação.			
Lin, -Y. & Lin, C. (2010) ⁸⁾	Taiwan	313 doentes	Questionário	Predizer a perceção do doente quanto à privacidade e se esta perceção se encontra associada com o grau de satisfação.
Resultados	Grande percentagem de doentes consideram-se satisfeitos com os cuidados recebidos no SU (41,2% classifica com nível bom); perceção geral da privacidade (40,3% considera nível bom e 10% nível muito bom); 21% dos doentes considera que esconde informação aos profissionais porque sentem que a sua informação pode ser revelada inapropriadamente; 19% afirmam estar relutantes a ser examinados fisicamente porque sentem que o seu corpo pode ficar exposto inapropriadamente; 75% considera que a privacidade é para si muito importante no SU; doentes mais velhos e com estadias mais longas tem níveis mais baixos de perceção geral da privacidade; doentes que são cuidados no corredor também têm níveis de perceção geral da privacidade mais baixos.			

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultado da análise dos estudos selecionados percebe-se que os doentes que referem que a sua privacidade foi preservada apresentam níveis mais elevados de satisfação^(5,7,8). Encontraram-se evidências de que o tempo de internamento e a idade dos doentes estão relacionados com a percepção da privacidade, quanto mais longo é o tempo de internamento e mais velhos são os doentes maior número de infrações à privacidade são relatadas^(5,7,11).

O espaço físico foi referido várias vezes como um fator que dificulta a preservação da privacidade. Os doentes referem que nos espaços divididos apenas por cortinas existe menos privacidade^(7,11,12,13). Outros elementos da literatura corrente, nomeadamente de Downey & Lloyd⁽¹⁴⁾ e de Guimarães & Dourado⁽¹⁵⁾, vão de encontro a estes achados pois referem que é essencial no cuidar adotar medidas estratégicas como são: o uso de biombos e cortinas o controle no desnude do corpo como forma de proteção da privacidade do doente.

Como consequência do desrespeito pela privacidade percebido pelos doentes, verifica-se que alguns recusam ser examinados devido a observações prévias de infração à privacidade^(5,11).

A privacidade da informação é também uma dimensão bastante presente nos estudos analisados⁽⁷⁾. Grande parte dos doentes referem esconder informação pessoal pois sentem que a sua privacidade pode ser revelada inapropriadamente^(5,11,13). Encontram-se semelhanças a estes resultados na opinião de Soares⁽¹⁸⁾ pois este autor refere que ocorrem frequentemente comentários por parte dos profissionais em tom de voz alto sobre informações pessoais dos doentes em locais que extrapolam a prática dos cuidados.

A hospitalização é tida na maior parte das vezes como um momento de despersonalização, os doentes assumem como diminuição da privacidade as limitações que sentem durante o internamento na escolha de aspetos relacionados com a sua vida privada^(4,16).

Nos estudos que contemplam na amostra a percepção dos enfermeiros, estes consideram adotar medidas que promovem a privacidade do doente⁽¹²⁾. Contudo, em dois estudos qualitativos com observação não participada constata-se que a postura dos enfermeiros é inadequada e, de uma forma geral, falha na proteção da privacidade do doente^(16,17). Backes *et al.*⁽¹⁹⁾ é da opinião que este aspeto revela a desestruturação de valores em que o descuido pelos princípios éticos parece integrar, atualmente, o comportamento dos profissionais.

No que diz respeito à metodologia utilizada pelos diferentes estudos analisados existem aspetos que, no nosso entender, podem gerar limitações à fiabilidade dos resultados apurados. Os mais comuns são: o uso de amostras reduzidas, o tipo de amostragem utilizada e o

uso de estratégias recordatórias no apuramento dos dados. Num dos estudos analisados⁽¹³⁾ são realizadas entrevistas a doentes após o seu período de internamento e sendo o foco do estudo a análise de uma percepção subjetiva, a percepção de privacidade, o uso de estratégias recordatórias pode condicionar viés de informação.

Em três dos estudos quantitativos^(5,7,11) revistos, o método de amostragem utilizada foi a amostra por conveniência. Este aspeto pode condicionar limitações ao estudo pois este tipo de amostra inclui os sujeitos disponíveis no local no momento da recolha de dados, contudo estes podem ter características diferentes da população alvo do estudo, o que impossibilita a generalização dos resultados⁽²⁰⁾. Ainda em relação ao tipo de amostra, no estudo quase experimental⁽⁸⁾ analisado a amostra também não foi randomizada o que segundo Eccles *et al.*⁽²¹⁾ pode condicionar limitações e interferências, visto que é difícil obter amostras com características semelhantes nos dois períodos do estudo. O número de pacientes e o tipo de patologia nos dois períodos do estudo podem ter sido diferentes e isso pode condicionar a percepção acerca da privacidade.

Considera-se ainda como limitação o uso de amostras reduzidas pois implica estudar um grupo de pessoas que pode não ser representativo do domínio de interesse. Dos estudos analisados, a maior amostra utilizada foi de 360 pessoas em um estudo⁽⁷⁾ e a menor amostra foi de 12 pessoas em dois estudos^(13,17). Segundo Fortin⁽²⁰⁾ em termos gerais grandes amostras conduzem a melhores aproximações aos parâmetros da população, contudo em estudos cujo objetivo é explorar e descrever fenómenos o tamanho da amostra poderá ser reduzido.

Por último, consideramos válido refletir sobre os diferentes contextos socioculturais onde a recolha dos dados ocorreu. A análise de uma dimensão tão subjetiva e culturalmente dependente como a privacidade, avaliada em países com condições socio culturais tão diferentes como os que integram esta revisão pode, também, influenciar a generalização dos resultados.

CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa permitiu concluir que a percepção da privacidade dos doentes internados perdiz fortemente a sua satisfação com os cuidados prestados. A maioria dos doentes que constituíram as amostras dos diferentes estudos perceberam infrações à privacidade física ou informacional em si ou em terceiros. A percepção da privacidade está, para os doentes, relacionada com a sua dignidade, respeito e a garantia de autonomia. A falta de privacidade condiciona no doente sentimentos de stress e afeta a relação entre estes e os profissionais de saúde.

Os resultados apresentados pelos diversos estudos que integram este artigo de revisão permitem inferir implicações para a prática. Um dos aspetos mais focados prende-se com a importância da formação contínua das equipas de saúde em ética e direitos dos doentes, pois o aumento de conhecimentos nesta matéria por parte dos profissionais permitirá uma maior preservação do direito dos doentes à privacidade. Os estudos analisados mostram ainda que devem ser feitos esforços para melhorar o espaço físico dos serviços pois é devido a condicionantes do espaço físico que são relatadas várias infrações à privacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direcção-Geral dos Negócios Políticos. Autoriza a publicação do texto em inglês e a respectiva tradução em português da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Diário da República [Internet]. 9-03-1978; Série I, n.º 57:488-493. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/446107>
2. Assembleia da República. Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de setembro: Sétima revisão constitucional. Diário da República [Internet]. 2005; Série I - A, n.º 155:4642-4686. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/243729>
3. Assembleia da República. Lei n.º 48/90 de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde. Diário da República [Internet]. 1990; Série I, n.º 195:3452-3459. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
4. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: Percepção de pacientes hospitalizados. Texto & Contexto Enfermagem. [Internet]. 2010 [citado em 26 julho 2010]; 19(1): 36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04.pdf>

5. Lin Y, Lin C. Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*. [Internet]. 2011 [citado em 26 julho 2010]; 28: 604-608. DOI: 10.1136/emj.2010.093807
6. Assembleia da República. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República* [Internet]. 2015; 1.ª Série. n.º 181:8059-8105. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
7. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nursing Ethics*. 2010; 17(2):167-177. DOI: 10.1177/0969733009355377.
8. Lin YK, Lee WC, Kuo LC, Cheng YC, Lin CJ, Lin HL, *et al.* Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2013 [citado em 26 julho 2010]; 14(8):1-8. Disponível em: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6939-14-8?site=bmcmedethics.biomedcentral.com>
9. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGS. Revisão Integrativa Versus Revisão Sistemática. *REME Revista Min. Enferm.* [Internet]. 2014 [Citado 26 julho 2010]; 18(1): 9-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
10. Joanna Briggs Institute. Systematic Review Resource Package. 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf
11. Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2005; 17:117-123. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x
12. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*. 2013; 20(6):660-671. DOI: 10.1177/0969733012468931
13. Malcolm HA. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2005; 12(2):156-167. DOI: 10.1191/0969733005ne772oa.
14. Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nursing Standard*. 2008; 22(34):35-40. DOI: 10.7748/ns2008.04.22.34.35.c6531

PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE...

15. Guimarães CM, Dourado MR. Privacidade do paciente: Cuidados de Enfermagem e Princípios Éticos. *Estudos Goiânia*. 2013; 40 (4):447-460.
16. Woogara J. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing standart*. 2005; 19(18): 33-37. DOI: 10.7748/ns2005.01.19.18.33.c3783
17. Soares NV, & Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(5): 683-688. DOI: 10.1590/S0103-21002011000500014
18. Soares NV. A privacidade dos pacientes e as acções dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar. Porto Alegre (BR): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
19. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(1): 34-41. DOI: 10.1590/S0104-11692007000100006
20. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures (PT): Lusodidacta; 2009.
21. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(1): 47-52. DOI: 10.1136/qhc.12.1.47

Correspondência: alice.ruivo@ess.ips.pt

