



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Cuidar Sem Dor – Intervenções de Alívio e  
Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6  
Anos**

**Alexandra Isabel Rodrigues Castro**

Orientação: Professora Maria Dulce Damas da Cruz

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **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 Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Cuidar Sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 Anos**

**Alexandra Isabel Rodrigues Castro**

Orientação: Professora Maria Dulce Damas da Cruz

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*À minha mãe.*

*Ao meu noivo.*

*À minha família.*

*"A diferença entre o impossível e o possível reside na determinação de um Homem".*

Tommy Lasorda

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, que acompanhou todo o meu percurso e que me deu força, motivação e ânimo para continuar, em especial à minha mãe, que mesmo longe sempre esteve perto.

Aos que fazem parte das minhas memórias e me ajudam a caminhar dia após dia.

Ao Gonçalo, por todo o carinho, conselhos, paciência, apoio e companheirismo.

Aos meus amigos, pela compreensão das constantes ausências e indisponibilidades.

Às minhas colegas de trabalho, em especial à minha colega e companheira Marta, e à minha Chefe Paula, pelo apoio, carinho e compreensão que sempre demonstraram.

Às minhas colegas de Mestrado, Raquel, Cláudia R. e Ana Patrícia, que me acompanharam de perto, pelas partilhas e companheirismo.

À Professora Doutora Dulce Cruz, que me orientou neste percurso de aprendizagens pelos seus sábios conselhos, experiência, disponibilidade e suporte na consecução dos objetivos propostos.

A todos os professores, pela partilha de saberes, disponibilidade e acompanhamento.

Às equipas de saúde de cada contexto de estágio, em especial às Enfermeiras Tutoras C. A., C. C., S., e L., pelos ensinamentos, disponibilidade e dedicação.

E a todas as crianças e famílias que diariamente são a nossa fonte de inspiração.

A todos vós, o meu muito obrigada!

## **RESUMO**

Sabe-se que as crianças sentem e guardam memória da dor que, quando não tratada, tem consequências na sua vida a curto e longo prazo.

O alívio e controlo da dor deve ser uma prioridade de todos os profissionais de saúde em todos os contextos de prestação de cuidados. Assim, torna-se fundamental reconhecer, avaliar, prevenir e tratar a dor na criança, com recurso a intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas.

O enfermeiro, pela sua relação de proximidade com a criança/jovem e família, tem um papel fundamental na gestão de processos dolorosos, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que presta cuidados diferenciados, avançados e seguros, promotores do mais elevado estado de saúde e alicerçados na prática baseada na evidência.

O presente relatório visa a descrição, análise e reflexão do percurso formativo em contexto de Estágio, que conduziu ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre.

**Palavras Chave:** Dor Aguda; Avaliação da Dor; Controlo da Dor; Cuidados Criança Família; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## **ABSTRACT**

It is known that children feel and keep the memory of pain, that when untreated has consequences in their lives, in short and long term.

Pain relief and control should be a priority for all health professionals in all healthcare settings. Thus, it is fundamental to recognize, evaluate, prevent and treat pain in children, using non-pharmacological and/or pharmacological interventions.

Nurses have a fundamental role in the management of painful processes, namely the Nursing Specialists in Child and Pediatric Health Nursing, who provide differentiated, advanced and safe care, which are promoters of the highest state of health and are based on evidence-based practice.

The aim of this report is to describe, analyze and discuss the knowledge obtained in the context of internship, which led to the development and acquisition of common and specific competences of specialist and master nurse.

**Keywords:** Acute Pain; Pain Assessment; Pain Management; Child Family Care; Nurse Specialist in Child Health and Pediatric Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EDIN – *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*

EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Fig. – Figura

FLACC – *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*

FLACC-R – *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Revised*

FPS-R – *Faces Pain Scale – Revised*

GOBP – Guia Orientador de Boa Prática

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

INE – Instituto Nacional de Estatística

JCI – *Joint Comission International*

MS – Ministério da Saúde

N-PASS – *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PENPCD – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Frequência de utilização de escalas de avaliação da dor .....	66
Fig. 2 – Escalas de avaliação da dor conhecidas pelos enfermeiros .....	66
Fig. 3 – Escalas de avaliação da dor na criança utilizadas na prática clínica .....	67
Fig. 4 – Dificuldades na avaliação da dor na criança .....	67
Fig. 5 – Frequência de utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança .....	68
Fig. 6 – Estratégias utilizadas na alívio e controlo da dor na criança, na realização de injeção intramuscular ou subcutânea .....	68
Fig. 7 – Estratégias utilizadas no alívio e controlo da dor na criança, na realização de punção de calcâneo .....	69
Fig. 8 – Estratégias com melhores resultados obtidos .....	69
Fig. 9 – Dificuldades na utilização de estratégias para alívio e controlo da dor na criança ....	69
Fig. 10 – “Caixinha Sem Dói Dói” – I .....	81
Fig. 11 – “Caixinha Sem Dói Dói” – II .....	81
Fig. 12 – Dispositivo <i>Buzzy</i> ® .....	81
Fig. 13 – Óculos de Realidade Virtual .....	82

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Instrumentos de heteroavaliação e autoavaliação da dor na criança .....	26
Tabela 2 – Análise de “ <i>SWOT</i> ” .....	62
Tabela 3 – Atividades/estratégias, recursos humanos e recursos materiais .....	74
Tabela 4 – Atividades/estratégias atingidas e a decorrer .....	84

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	14
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
1.1 – A Dor na Criança .....	20
1.2 – Avaliação da Dor na Criança .....	22
1.3 – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor na Criança .....	28
2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO: ESTÁGIO I E ESTÁGIO FINAL .....	37
2.1 – Consulta Externa de Pediatria .....	38
2.2 – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais .....	41
2.3 – Serviço de Internamento de Pediatria .....	45
2.4 – Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar .....	49
3 – METODOLOGIA DE PROJETO – INTERVENÇÕES DE ALÍVIO E CONTROLO DA DOR AGUDA NA CRIANÇA DOS 0 AOS 6 ANOS .....	56
3.1 – Diagnóstico da Situação e Definição de Prioridades .....	57
3.1.1 – A População – Contexto Demográfico, Social e Económico da ULS .....	58
3.1.1.1 – Os Cuidados de Saúde Primários da ULS .....	60
3.1.2 – O Problema .....	60
3.1.3 – Os Instrumentos de Diagnóstico .....	61
3.3 – Definição dos Objetivos .....	70
3.4 – Planeamento .....	71
3.4.1 – Atividades, Estratégias e Meios .....	72
3.5 – Execução .....	77
3.6 – Avaliação .....	83
3.7 – Divulgação dos Resultados .....	86
4 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....	88
4.1 – Competências de Mestre em Enfermagem .....	89
4.2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	91
4.3 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica .....	94
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101

## **ÍNDICE ANEXOS**

Anexo 1 – Escalas de Avaliação da Dor na Criança .....	II
Anexo 2 – Aprovação do Projeto pela Comissão de Ética .....	VIII
Anexo 3 – Plano de Sessão Formativa - “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais” .....	X
Anexo 4 – Autocolantes de Reforço Positivo – “Sou Forte” .....	XII
Anexo 5 – Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação - “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais” .....	XIV

## ÍNDICE APÊNDICES

Apêndice 1 – Objetivos de Estágio I e Estágio Final .....	XVIII
Apêndice 2 – Folheto para Pais e Acompanhantes - EMLA® .....	XXVI
Apêndice 3 – Norma de Atuação “Avaliação da Dor em Pediatria” .....	XXIX
Apêndice 4 – Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação.....	XLIV
Apêndice 5 – Instrumento de Colheita de Dados Enfermeiros – Questionário.....	LII
Apêndice 6 – Sessão de Formação – “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor” .....	LVI
Apêndice 7 – Procedimento – Administração de Sacarose para Alívio da Dor no Recém-Nascido e Primeiro Ano de Vida.....	LXIV
Apêndice 8 – Instrumento de Colheita de Dados Pais – Questionário.....	LXXV
Apêndice 9 – Resumo - Artigo de Investigação “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais” .....	LXXVIII
Apêndice 10 – Consentimento Informado para os Pais.....	LXXXII
Apêndice 11 – Certificado de Participação nas XIV Jornadas de Pediatria do CHUA – Faro “Novas Realidades no Cuidar” .....	LXXXV
Apêndice 12 – Consentimento Informado para os Profissionais.....	LXXXVII
Apêndice 13 – Cronograma do Projeto .....	XC
Apêndice 14 – Plano da Sessão de Formação - “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor” .....	XCII

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no 2.º Ano, 1.º Semestre, do II Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A redação do presente relatório teve por base as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final, que decorreram em contexto de Consulta Externa de Pediatria, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Serviço de Pediatria e Cuidados de Saúde Primários, durante o período compreendido entre 14 de maio de 2018 e 18 de janeiro de 2019. Os resultados de aprendizagem definidos prenderam-se com: o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados, em resposta aos processos de crescimento, desenvolvimento, e à maximização da sua saúde; e com o desenvolvimento, mobilização e integração das competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Com a elaboração do presente documento visa-se o habilitar para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências, que possibilitem comunicar o desenvolvimento e conclusões de um projeto de intervenção profissional, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, traçamos como **objetivo geral** descrever e analisar os conhecimentos, aptidões e competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas e consolidadas ao longo das atividades realizadas em contexto de Estágio I e Estágio Final, visando o desenvolvimento do projeto de intervenção, com base na Metodologia de Projeto. Como **objetivos específicos** definimos:

- Evidenciar capacidade de fundamentação com base na teorização e na evidência científica;

- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas nos diferentes contextos de Estágio;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto de intervenção, segundo as etapas da Metodologia de Projeto;
- Apresentar um relatório, com conseqüente discussão em provas públicas.

Como referencial do percurso formativo de aquisição de competências, tivemos por base os objetivos traçados no ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação do Instituto Politécnico de Setúbal: desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica; e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

A escolha do domínio do projeto de intervenção recaiu sobre uma temática que fosse considerada uma necessidade transversal a todos os campos de Estágio; que fosse atual, pertinente, que estivesse subjacente a um programa nacional de saúde e que fosse um foco importante para o desenvolvimento de competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem. Contribuiu também para a escolha, o forte interesse e motivação para o desenvolvimento de aptidões e conhecimentos específicos na área.

O reconhecimento da sensibilidade das crianças à dor, assente em evidência científica inquestionável, fez efetivamente crescer um novo paradigma (Francisco George *in* Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2006). Porém, diariamente nos serviços de saúde são realizados procedimentos invasivos (de diagnóstico e terapêutica), sendo estes a causa mais frequente de dor na criança (Ministério da Saúde [MS], 2012a; MS, 2012b, MS, 2012c).

Ciente da prioridade do controlo da dor no âmbito da prestação de cuidados de saúde, Portugal considera a dor como 5º sinal vital em 2003, reforçando que a gestão adequada da dor

deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados, não só por toda a componente ética, mas também por ser indispensável à humanização dos cuidados, constituindo um padrão de qualidade dos cuidados de saúde (MS, 2003; MS, 2008; *Joint Commission International* [JCI], 2011). Deste modo, torna-se imperativo a prevenção de uma dor previsível, devendo ser implementadas intervenções adequadas de minimização ou eliminação da dor.

Para um adequado controlo da dor é necessário avaliá-la. Contudo, sendo a dor um fenómeno subjetivo, torna-se complexa a sua avaliação em crianças, que pelas suas particularidades, obriga a considerá-las separadamente dos outros grupos etários (MS, 2003; MS, 2010a; Francisco George *in* IAC, 2006).

Devido à relação de proximidade que o enfermeiro estabelece com as crianças e famílias, o mesmo desempenha um papel fundamental na gestão dos processos dolorosos. Mais especificamente o EEESIP, que ao prestar cuidados a nível avançado, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as suas respostas”, assegurando a qualidade e eficácia dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013; Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19193).

Atualmente, são várias as alternativas disponíveis para evitar a dor e o sofrimento desnecessários, da criança. Desta forma, o controlo e tratamento da dor deve ser um processo multidisciplinar, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, devendo ser alvo de uma mediação contínua (MS, 2012a; MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2008).

As intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor afirmam-se como um importante recurso para a redução do medo e da ansiedade, promovendo o seu autocontrolo na criança e família. Relembrando que o enfermeiro no seu exercício profissional incide a sua atuação em contexto multidisciplinar, norteado por intervenções interdependentes e autónomas, as estratégias não farmacológicas constituem-se como intervenções autónomas do enfermeiro, sendo este o responsável pela sua prescrição e implementação (OE, 2015; OE, 2013).

Apesar de todos os recursos disponíveis para uma adequada gestão dos processos dolorosos, a elevada prevalência da dor na realidade portuguesa é um problema amplamente reconhecido, sendo várias as iniciativas para melhorar a prática dos cuidados nesta área (Batalha, 2013; MS, 2008; MS, 2017; OE, 2013). Assim, reiterando o preconizado por diversas

entidades, nomeadamente pelo *International Association for the Study of Pain* [IASP], a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor deve ser realizada de uma forma sistemática e ao longo de todo o trajeto profissional, bem como a capacitação e sensibilização dos cidadãos para a gestão dos processos dolorosos (MS, 2017).

Tendo por base a problemática em questão, definimos como tema do projeto de intervenção, “Cuidar sem Dor - Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda na Criança dos 0 aos 6 Anos”, inserida na linha de investigação: “Segurança e Qualidade de Vida”. Com esta abordagem, pretendemos evidenciar o papel do enfermeiro, nomeadamente do EEESIP, na promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças até aos 6 anos.

De forma a dar resposta aos objetivos previamente traçados, o presente relatório encontra-se organizado de acordo com a seguinte estrutura:

- **Enquadramento Teórico**, onde se realiza uma abordagem à criança com dor, nomeadamente no que confere à avaliação da dor, às intervenções de alívio e controlo da dor e ao papel do EEESIP na gestão dos processos dolorosos;

- **Descrição e Análise Reflexiva do Percurso Formativo**, onde se caracterizam os locais de Estágio I e Estágio Final e descrevem e analisam as atividades desenvolvidas ao longo destes contextos;

- **Descrição da Metodologia de Projeto**, onde se abordam as diferentes etapas do projeto de intervenção desenvolvido;

- **Análise Reflexiva das Competências Adquiridas e Desenvolvidas**, onde se descreve as competências comuns de Enfermeiro Especialista, as competências de EEESIP e as competências de Mestre em Enfermagem, adquiridas e consolidadas ao longo deste percurso formativo;

- **Considerações Finais**, onde se realizara a conclusão e síntese dos aspetos fundamentais e a avaliação dos objetivos alcançados.

O presente documento, redige-se através do novo Acordo Ortográfico Português e consoante a norma de referência da *American Psychological Association* [APA] – sexta edição.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor é um dos sintomas mais antigos e intrigantes da história da humanidade, e tem sido objeto de estudo de várias disciplinas (Candido & Tacla, 2015). Esta é definida pela IASP como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve a componente sensorial e emocional, e que se associa a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão (Merskey & Bogduk, 1994).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], a dor é uma “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” (OE, 2016, p. 54).

O Ministério da Saúde define a dor como um fenómeno subjetivo, complexo, desagradável e muito variável na sua perceção e expressão, face à mesma estimulação dolorosa, que envolve vários componentes que lhe estão associados e que acompanha de forma transversal a maioria das situações patológicas que envolvem cuidados de saúde, afetando a pessoa na sua globalidade (MS, 2003; MS, 2010a).

Existem vários tipos de dor, e todos os tipos de dor conduzem ao sofrimento (MS, 2017). Esta pode ser caracterizada como aguda ou crónica. A dor aguda é geralmente limitada no tempo (exemplo: a dor pós-operatória ou a dor traumática), enquanto que a dor crónica prolonga-se no tempo por mais de três meses, podendo manifestar-se para além da cura da lesão que a originou. O impacto causado pela dor crónica pode ultrapassar a própria pessoa envolvendo a família, cuidadores e amigos, esta não deve ser encarada como um sintoma, mas sim como uma doença, tal como reconhecido na declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of International Association for the Study Pain Chapters* (MS, 2008; MS, 2013) É de realçar que a dor aguda não tratada pode levar ao desenvolvimento de dor crónica (Batalha, 2010). Por outro lado, a dor associada à doença oncológica pode manifestar-se como crónica, decorrente da doença, ou aguda associada aos procedimentos de diagnóstico e tratamentos (MS, 2012c).

A dor aguda, enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, torna-se de mais fácil compreensão, constituindo um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde pela população no geral (MS, 2008).

### 1.1 – A Dor na Criança

A preocupação com a dor na criança não é recente, porém a sua consolidação como área de investigação tem cerca de três décadas (Fernandes, 2009; Candido & Tacla, 2015).

Os mitos perante a dor na criança permitiram que durante muito tempo existisse a subvalorização e o conseqüente subtratamento da dor, devido às falsas convicções de que as crianças não sentem dor, que sentem menos dor que os adultos, e que a imaturidade neurológica do recém-nascido [RN] leva à conseqüente ausência de memória da dor (Batalha & Sousa 2018; Candido & Tacla, 2015; Reis, 2009). Neste contexto, os avanços alcançados nos últimos anos para o alívio da dor na população adulta, não se têm aplicado à população pediátrica nas mesmas proporções, acreditando-se que as práticas e conhecimentos ultrapassados tenham contribuído para este facto (Candido & Tacla, 2015).

Foi na segunda metade dos anos 80 que dois acontecimentos vêm modificar a prática clínica e a consciência social. O primeiro caso refere-se a um prematuro de 26 semanas de gestação (Jeffrey Lawson) que foi submetido a cirurgia cardíaca sem qualquer tipo de anestesia durante e após o procedimento, acabando por vir a falecer mais tarde. A mãe de Jeffrey, ao perceber que a dor do seu filho não foi adequadamente tratada, e considerando que o mesmo morreu em profundo sofrimento, recorreu às instâncias governativas e jurídicas da sua região. Contudo, não obteve qualquer resposta, mas o mediatismo gerado em volta deste acontecimento agitou a opinião pública, originando controvérsias entre os profissionais. O segundo acontecimento ocorre em 1987, quando a revista *Lancet* publica um estudo de Anand, Sippell e Aynsley-Green onde evidenciam a redução da morbidade em RN pré-termo sujeitos a encerramento cirúrgico do canal arterial sob anestesia, comparando-os com o RN pré-termo sujeitos à mesma intervenção sem anestesia (Fernandes, 2009).

O estudo mencionado anteriormente teve impacto internacional, surgindo assim o interesse em estudar a capacidade dos RNs pré-termo de sentir dor, bem como as repercussões negativas imediatas e a longo prazo da dor (Fernandes, 2009; Silva & Silva, 2010).

Sabe-se então que a dor em neonatologia, e paralelamente em pediatria, foi durante muitos anos subtratada e subvalorizada (Candido & Tacla, 2015). Mas, nas últimas décadas, estudos na área da neurobiologia demonstram que RN pré-termo não só têm capacidade para sentir dor, como decorrente da imaturidade dos sistemas, têm maior hipersensibilidade aos estímulos dolorosos e stressantes (Fernandes, 2009; Reis, 2009). Ou seja, de acordo com Valdivielso, referenciado por Reis (2009), “o RN apresenta entre as 30 e 32 semanas de gestação os núcleos nociceptivos completos e operacionais, apesar da sua mielinização ainda não se encontrar completa, não impedindo, no entanto, a transmissão das mensagens nervosas por intermédio das fibras amielinizadas” (Reis, 2009, p. 19).

Por outro lado, a estimulação dolorosa repetida e prolongada do RN modifica a estrutura do sistema nervoso central, podendo alterar futuramente o limiar de dor da criança, bem como contribuir para alterações do desenvolvimento neuro-comportamental. Estes processos poderão prolongar-se ao longo do tempo, desencadeando problemas psiquiátricos como a ansiedade, a depressão e a esquizofrenia (Bonutti *et al.*, 2017; Koller & Goldman, 2012; Candido & Tacla, 2015; Reis, 2009; Veronez, 2010). A curto prazo, os efeitos da exposição persistente e contínua à dor podem provocar a diminuição da reatividade à dor no RN, alterações do padrão do sono, alterações alimentares e comportamentais, entre outros (Batalha, Santos & Guimarães, 2007; Reis, 2009).

No que respeita à dor causada por procedimentos invasivos, é relevante salientar que são “todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos, à exceção dos procedimentos cirúrgicos major e dentários”, sendo estes realizados com elevada frequência nos serviços de saúde (MS, 2012b, p.1). Deste modo, são muitas as intervenções realizadas diariamente nos serviços de saúde, como por exemplo: punções venosas, injeções intramusculares, endovenosas, subcutâneas, punções de calcanhar, entre outras. Esta dor secundária a procedimentos invasivos pode ser reduzida e evitada através de uma atitude preventiva. Porém, apesar da disponibilidade de variadas técnicas e tratamentos para controlo da dor durante estes procedimentos, os mesmos ainda continuam a ser subvalorizados, permanecendo abaixo do considerado ideal (Bice, Gunthern & Wyatt, 2014; Cruz, Fernandes & Oliveira, 2016).

Apesar de ainda não serem totalmente claras as causas do inadequado controlo da dor, existem obstáculos identificados como: “o insuficiente conhecimento por parte de alguns

profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletéricos, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento; uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza, na plenitude, a qualidade de vida na doença, relegando para plano secundário o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento; e a não assunção na perfeição dos princípios éticos e deontológicos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados” (Batalha, Santos & Guimarães, 2007, p. 145). Perante tal facto, uma das estratégias que tem vindo a ser preconizada é no aumento dos conhecimentos por parte dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor, bem como o desenvolvimento de protocolos institucionais, com políticas de mudança, promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados (Bice, Gunthern & Wyatt, 2014).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor [PNPCD] (2017), vai mais além e refere que a abordagem dos profissionais devia ser baseada em formação contínua, adequada e atualizada ao longo de todo o percurso profissional. Não descurando o facto da importância da capacitação e sensibilização dos cidadãos para uma adequada gestão da dor, promotora da literacia em saúde (MS, 2017).

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

## 1.2 – Avaliação da Dor na Criança

A avaliação e controlo eficaz da dor é um dever de todos os profissionais de saúde, fazendo parte das suas competências. Além de ser um dever dos profissionais de saúde, é também um direito de todos os doentes que dela padecem, sendo considerado por entidades acreditadoras a nível internacional como um padrão de qualidade dos cuidados, indispensável para a humanização dos cuidados de saúde (MS, 2003; MS, 2008; JCI, 2011).

A negligência de uma avaliação e controlo da dor é um problema amplamente conhecido que necessita de uma atenção em particular (Batalha & Sousa, 2018). Desta forma, é necessário avaliar a dor regularmente, através de instrumentos apropriados e de acordo com as especificidades de cada grupo etário, ou do seu estágio de desenvolvimento, tendo por base a sua individualidade e variabilidade (MS, 2010a; OE, 2013). Esta avaliação deve ser realizada

pelos profissionais de saúde a todos os níveis de prestação de cuidados, de forma contínua e sistemática, à semelhança dos sinais vitais, e como norma de boa prática clínica (MS, 2003; MS, 2010a).

Porém, dentro da idade pediátrica, há crianças incapazes de verbalizar a sua dor, tornando-as mais vulneráveis, dificultando a realização de um correto diagnóstico e, conseqüentemente, o seu adequado tratamento (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; Batalha & Mendes, 2013). Desta forma, as crianças incapazes de autoavaliarem a intensidade da dor estão dependentes da fiabilidade e validade da avaliação realizada pelos seus cuidadores (Batalha & Sousa, 2018).

Neste sentido, cabe aos profissionais, nomeadamente ao enfermeiro, o desenvolvimento de competências que permitam valorizar a dor efetivamente, dando cumprimento às orientações de boa prática na avaliação e reavaliação da intensidade da dor (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; Batalha & Mendes, 2013; MS, 2010a). Assim, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os sinais da dor, de forma a poderem intervir antecipadamente no seu alívio e efetivo tratamento (Bottega *et al.*, 2014).

Na avaliação da dor sustentada pela observação e interpretação das alterações de expressões comportamentais a um estímulo doloroso poderá ser mais específica comparada com as expressões fisiológicas aos estímulos dolorosos. Entre os comportamentos sugestivos de dor, destacam-se a agitação, o choro, a expressão facial, a resposta motora e alterações do padrão de sono/vigia; em contrapartida, entre as reações fisiológicas podem-se destacar o aumento da frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial, a sudorese, a diminuição da saturação de oxigénio, a cianose, a apneia e os tremores (Bottega *et al.*, 2014).

Nos primeiros meses de vida do lactente, as características de desenvolvimento das respostas à dor são: “resposta corporal generalizada com rigidez, possivelmente com afastamento local reflexo da área estimulada”, “choro forte”, “expressão facial de dor (sobrancelhas franzidas e juntas, olhos fechados com força, e a boca aberta e em forma de quadrado)”. Após os primeiros meses, a dor no lactente manifesta-se através de uma “resposta corporal localizada com afastamento deliberado da área estimulada”, “choro forte”, “expressão facial de dor ou raiva” e “resistência física, especificamente o empurrar do estímulo para fora” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 189).

Na criança pré-escolar, as reações a processos dolorosos manifestam-se através do “choro forte, gritos”, acompanhadas de expressões verbais como “dói”, “aí” e “au”. Nesta fase, a criança afasta o estímulo doloroso, não cooperando, sendo necessário a contenção física, podendo “ficar agitada e irritável com a continuação da dor”. Os comportamentos característicos acontecem de forma antecipada ao procedimento, solicitando apoio emocional e agarrando-se as pessoas significativas (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 189).

Na idade escolar, os comportamentos são semelhantes aos das crianças pré-escolares, manifestando também, um comportamento de “adiamento”. Os comportamentos característicos podem ser rigidez muscular, olhos e/ou punhos fechados e dentes serrados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na responsabilidade da promoção do alívio da dor e do conforto, para além dos aspetos comportamentais e fisiológicos, deve ter-se em conta aspetos ambientais e emocionais que a desencadeiam ou exacerbam (Bottega et al., 2014). Deste modo, as diferentes formas de expressão da dor são influenciáveis por fatores “desenvolvimentais (idade, nível de desenvolvimento da criança), individuais (temperamento, limiar da dor), familiares (modelos de reação à dor, fatores educacionais), contextuais (eventual separação dos pais/ substitutos, ambiente estranho ou ameaçador) e socio-culturais (crenças, religião, etc.)” (IAC, 2006, p. 22-23). Cabe aos profissionais a identificação destes fatores, bem como a sua minimização (Bottega et al., 2014; OE, 2013).

Os instrumentos de monitorização da dor adaptados à realidade pediátrica, manifestam-se desta forma como fundamentais para uma atuação padronizada e uniformizada. Neste intuito o Ministério da Saúde tem vindo a desenvolver normas orientadoras para a prática especializada em pediatria, preocupando-se com a tradução e validação de instrumentos seguros e clinicamente sensíveis de monitorização da dor para a realidade portuguesa, considerando o tipo de dor, a idade da criança, o estágio de desenvolvimento e a situação clínica (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; MS, 2010a).

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser divididos em duas categorias: instrumentos de autoavaliação e instrumentos de heteroavaliação (Batalha & Sousa, 2018). Os instrumentos de heteroavaliação podem-se subdividir em instrumentos de observação do comportamento e instrumentos compostos (Candido & Tacla, 2015).

Apesar de existirem mais instrumentos de avaliação da dor ao dispor dos profissionais de saúde, para efeitos da abordagem conceptual do presente relatório, apenas serão abordadas as escalas traduzidas e validadas pelo Ministério da Saúde (Anexo 1):

- *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau Né* [EDIN].
- *Neonatal Infant Pain Scale* [NIPS].
- *Premature Infant Pain Profile* [PIPP].
- *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* [N-PASS].
- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* [FLACC].
- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* [FLACC-R].
- *Faces Pain Scale – Revised* [FPS-R].
- Escala de Faces *Wong-Baker*.
- Escala Visual Analógica [EVA].
- Escala Numérica [EN].

As escalas de autoavaliação pressupõem que a avaliação da dor seja efetuada pela pessoa que a experiencia, tendo o profissional de adequar a escala à idade, às capacidades cognitivas e à preferência da criança, sendo o modelo preferencial de escolha (OE, 2008). Batalha & Sousa (2018), define a autoavaliação da dor como o “padrão de ouro”, devendo ser privilegiado sempre que possível a partir dos 3/4 anos (Batalha & Sousa, 2018, p. 16; MS, 2010). Deste modo, sempre que o desenvolvimento da criança e a sua condição de saúde o possibilitar, deverá ser dada a oportunidade à criança de expressar e identificar a sua própria dor através de instrumentos de autoavaliação adequados à sua idade (MS, 2010a).

As escalas de heteroavaliação pressupõem uma observação multifatorial de indicadores comportamentais e/ou fisiológicos, efetuada pela pessoa que não experiencia a dor. Ou seja, as escalas de heteroavaliação comportamentais caracterizam-se por incluírem apenas indicadores comportamentais (exemplo: a escala de NIPS, a escala de EDIN e a escala de FLACC e FLACC-R), enquanto que as escalas de heteroavaliação compostas integram indicadores comportamentais e fisiológicos (exemplo: a escala de PIPP) (Silva & Silva, 2010). A

heteroavaliação da dor, por parte dos profissionais de saúde, só deverá ser realizada na criança pré-verbal ou cuja situação clínica impeça a autoavaliação (Batalha & Sousa 2018).

De acordo com o estudo de Batalha & Sousa (2018), que compara a correlação entre a avaliação da dor pelas crianças/pais/enfermeiros, conclui que a avaliação efetuada pelos pais tende a aproximar-se mais da realizada pela criança quando utilizam a mesma escala. Contudo, os enfermeiros e pais tendem a subestimar a intensidade da dor comparativamente com a autoavaliação da criança (Batalha & Sousa, 2018). Deste modo, a utilização de escalas de heteroavaliação da dor por pais e enfermeiros, comparadas com a autoavaliação da criança, não deixam de ser estimativas da dor sentida pelas mesmas (Batalha & Sousa 2018). Por outro lado, considerando o conhecimento profundo que os pais têm da criança, se instruídos, estes poderão manifestar-se como um importante elemento da equipa de saúde, na descodificação das manifestações de dor na criança (Batalha & Sousa 2018).

Assim, quando não é possível obter uma autoavaliação da dor da criança, deve-se privilegiar a escala de FLAAC, uma vez que esta é a que apresenta uma melhor correlação com a autoavaliação das crianças (Batalha & Sousa, 2018; MS, 2010a). Batalha & Sousa (2018) acrescenta que “em caso de dúvida, o princípio a ser seguido na avaliação da dor deve ser a escolha do valor mais alto para corrigir a tendência que os estudos têm vindo a mostrar para uma subavaliação da intensidade da dor do outro” (Batalha & Sousa 2018, p. 19). Como critério de boa qualidade dos cuidados no controlo da dor, a intensidade da mesma deve manter-se inferior a 3/10, (dor ligeira) (MS, 2010a).

Para uma melhor compreensão dos instrumentos de avaliação da dor, adequados ao tipo de dor e à idade da criança, segue uma tabela explicativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Instrumentos de heteroavaliação e autoavaliação da dor na criança

	<b>Instrumentos de Heteroavaliação</b>		<b>Instrumentos de Autoavaliação</b>	
	Observação comportamental e compostos			
	<b>Dor Aguda</b>	<b>Dor Crónica</b>	<b>Dor Aguda</b>	<b>Dor Crónica</b>
<b>RN Pré-Termo</b>	NIPS, PIPP, FLACC	N-PASS, PIPP		

<b>RN de Termo</b>	NIPS, PIPP, FLACC	N-PASS, PIPP, FLACC		
<b>&lt; 4 anos</b>	FLACC	FLACC	FLACC	FLACC
<b>Entre os 4 e os 6 anos</b>	FLACC	FLACC	FPS-R, Faces de Wong-Baker (válida a partir dos 3 anos)	FPS-R, Faces de Wong-Baker (válida a partir dos 3 anos)
<b>A partir dos 6 anos</b>			EVA, EN, FPS-R, Faces de Wong-Baker	EVA, EN, FPS-R, Faces de Wong-Baker
<b>Criança com multideficiência</b>	FLACC-R	FLACC-R		

(Adaptado do MS, 2010a; Silva & Silva, 2010)

Considerando a experiência dolorosa como um evento muito abrangente, não se resumindo apenas à intensidade da dor, devem ser também avaliadas as suas características de acordo com: a localização; a qualidade; a duração; a frequência; os sintomas associados; fatores de alívio e/ou agravamento; uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; as formas de comunicar/expressar a dor; as experiências anteriores traumatizantes, medos e receios; as estratégias e capacitação para a gestão da dor e outros problemas de saúde; o comportamento da criança e ambiente familiar; os efeitos nas atividades de vida diária; e o impacto emocional e socioeconómico (MS, 2010a).

Uma adequada avaliação da dor permitirá otimizar a terapêutica, dar segurança aos prestadores de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente, constituindo uma norma de boa prática clínica. Contudo, uma gestão eficaz da dor compreende não só as intervenções destinadas ao seu controlo, mas também a sua prevenção, devendo ser uma prioridade na prestação de cuidados de saúde (MS, 2003; MS, 2008).

### 1.3 – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor na Criança

A dor como sintoma ou doença faz parte de um dos principais motivos de preocupação das crianças/famílias, sendo o seu adequado controlo uma prioridade, por razões éticas, clínicas e económicas (Batalha, 2013).

Tendo em conta a premissa que um adequado controlo da dor é uma competência dos profissionais de saúde e um direito da pessoa que sofre, o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde (MS, 2017). Os profissionais de saúde devem usar todas as “ferramentas” que têm à sua disposição de forma a reduzir ou eliminar a dor na criança (Short, Pace & Birnbaum, 2017). Considerando o conceito multidimensional da dor, o seu tratamento deve ter em conta esta característica, associando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, numa abordagem adequada à situação da criança, às características, bem como à preferência e vivência da mesma (Candido & Tacla, 2015; Santos, Santos & Lacerda, 2018).

As intervenções farmacológicas compreendem o uso de analgésicos não opioides e o uso de opioides. Os analgésicos não opioides “atuam por meio da inibição das prostaglandinas e do tromboxane, libertados durante a agressão tecidual; eles estão indicados em processos dolorosos leves ou moderados ou quando a dor está associada a um processo inflamatório”. Quanto aos analgésicos opioides, estes “atuam nos recetores especificamente ligados à analgesia” e a “sua interação com outros tipos de receptores opioides desencadeia, de maneira paralela à analgesia, depressão respiratória, retenção urinária, tolerância e dependência física”, o que torna necessário o conhecimento dos mecanismos de ação para que estes fármacos possam ser utilizados de maneira segura (Veronez & Corrêa, 2010, p. 268).

De acordo com OMS, referenciada pela Acta Pediátrica Portuguesa (2018), a dor ligeira deve ser preferencialmente tratada com analgésicos não opioides como o paracetamol e ibuprofeno, e a dor moderada a intensa persistente deve ser tratada com analgésicos opioides como a morfina e o fentanilo (Santos, Santos & Lacerda, 2018).

Não nos iremos alongar sobre a descrição das diversas intervenções farmacológicas ao longo deste capítulo. Iremos apenas realizar uma pequena abordagem, dando enfoque para o uso de anestésicos tópicos como a lidocaína e prilocaína (*EMLA*®) e a mistura equimolar de

oxigénio e protóxido de azoto (*Livopan*®), uma vez que estes estão mais relacionados com o tratamento da dor aguda, em contexto de intervenções invasivas e foram referenciados em contexto de descrição e análise das atividades de estágio.

- **Anestésicos Tópicos:** lidocaína e prilocaína (*EMLA*®), proporcionam uma anestesia tópica que tem demonstrado reduzir a dor associada a procedimentos (exemplo: administrações intramusculares, subcutâneas, endovenosas, punção endovenosa e colheitas de sangue). A desvantagem destes anestésicos é o seu tempo de atuação de cerca de uma hora (Koller & Goldman, 2012). O seu efeito dura entre uma a duas horas após a aplicação. O mesmo está aprovado acima das 32 semanas de idade gestacional e com mais de 7 dias de vida (Batalha, Santos & Guimarães, 2007; MS, 2012a; MS, 2012b; Infarmed, 2016).

Contraindicações: presença de lesão cutânea, tratamento em simultâneo com paracetamol, fenobarbital, fenitoína e metahemoglobinemia congénita ou idiopática (MS, 2012a; MS, 2012b).

- **Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto** (*Livopan*®), o efeito analgésico do protóxido de azoto, reduz a sensação de dor e aumenta o limiar de dor, por outro lado, tem um efeito relaxante e ligeiramente calmante. A concentração de oxigénio a 50% garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado. O seu uso é benéfico na dor ligeira a moderada de curta duração. O seu efeito desaparece ao final de poucos minutos após a suspensão da inalação (no máximo 5 minutos). Pode ser usado em adultos e crianças partir de 1 mês de idade (MS, 2012b; Infarmed, 2014).

Atualmente são várias as alternativas disponíveis para aliviar a dor e o sofrimento desnecessário. Para além da terapêutica medicamentosa, existem as intervenções não farmacológicas, que constituem “um recurso primordial no controlo da dor da criança” (OE, 2013, p. 36). Neste contexto, o enfermeiro na sua prática de cuidados à criança com dor, para além dos conhecimentos que deve deter sobre os fármacos analgésicos existentes, bem como os critérios de administração, deve possuir conhecimentos em intervenções não farmacológicas de alívio e controlo da dor (OE, 2013).

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática [GOBP] da OE (2013), as intervenções ou estratégias não farmacológicas de alívio e controlo da dor são “intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família” (OE, 2013, p. 13). Estas podem modificar os significados da dor, através da “reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expetativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013, p. 17).

Existe atualmente um variado leque de intervenções não farmacológicas e farmacológicas seguras e eficazes que permitem reduzir a dor e a ansiedade causada por procedimentos dolorosos (MS, 2012a; MS, 2012b; MS, 2012c; Short, Pace & Birnbaum, 2017). A seleção do tipo de intervenções “deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica” (OE, 2013, p. 13).

As estratégias não farmacológicas usadas na prevenção e tratamento da dor são inúmeras e são categorizadas de acordo com o Ministério da Saúde em intervenções sensoriais, intervenções cognitivo-comportamentais e intervenções cognitivas (MS, 2012a, MS; 2012b; MS, 2012c).

#### → **Intervenções Sensoriais:**

- **Amamentação**, além dos conhecidos benefícios nutricionais e afetivos, também pode desempenhar uma intervenção analgésica que combina a sucção, o contacto materno e a satisfação gástrica. O leite materno oferecido por sonda nasogástrica também pode ser benéfico para o alívio da dor (MS 2012a; MS 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).
- **Sucção não nutritiva**, através do uso de uma chupeta como medida terapêutica, que pode estar associada ou não à administração de glicose a 30% ou sacarose a 24%. O seu efeito analgésico prende-se com a inibição da hiperatividade e modulação do desconforto (MS 2012a; MS 2012b; MS, 2012c; OE, 2013; Short, Pace & Bimbaum, 2017).

- **Glicose a 30%** ou **Sacarose a 24%**, as soluções adocicadas podem envolver a libertação de opióides endógenos através da distração e ativação de recetores de sabor doce. Procedimento: administrar por seringa na porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Dosagem: RN até 36 semanas – 1 ml; RN de termo e primeiro ano de vida – 2 ml (MS 2012a; MS 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).
- **Canguru materno**, promove o contacto materno pele-a-pele, sendo uma estratégia multissensorial, que envolve o olfato, o tato, o reconhecimento auditivo e a estimulação vestibular. Procedimento: colocar o RN em contacto ventral pele-a-pele com o peito da mãe, usando apenas fralda e cobrindo-o, pelo menos 15 minutos antes do procedimento (MS 2012a; OE, 2013).
- **Contenção com lençol ou contenção manual**, promove a sensação de segurança e a autorregulação no RN e evita a desorganização motora. Procedimento: envolver o RN num cobertor ou lençol, com flexão dos membros e tronco. A contenção manual através da utilização das mãos do profissional ou dos pais para segurar a cabeça, as pernas e os braços do RN, mantém os membros em flexão e o tronco alinhado (MS 2012a; MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013; Short, Pace & Bimbaum, 2017).
- **Massagem**, através da estimulação cutânea com ou sem a aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos, promove o relaxamento e a distração e ativa mecanismos inibitórios da dor (MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).

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

- **Calor superficial**, promove a circulação sanguínea e ativa o “sistema supressor da dor e do relaxamento muscular” (OE, 2013, p. 42). Procedimento: aplicar uma “fonte de calor húmido ou seco (temperatura junto à pele 40-45 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas” (MS, 2012c, p. 7).

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

- **Frio superficial**, “diminui a circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória favorecendo o alívio da dor e a redução do edema (OE, 2013, p. 42). Procedimento: aplicar uma “fonte de frio (temperatura à pele 15 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas”, (MS, 2012c, p. 7).
  - **Dispositivo Buzzy®**, combina a ação tópica do frio, com a vibração e a distração, tendo-se demonstrado uma “ferramenta” importante para a diminuição da dor aguda (Short, Pace & Bimbaum, 2017). A ação do dispositivo gera vibrações e sensação de frio, que podem afetar as fibras nociceptivas  $\alpha\beta$  (dor aguda), que estimulam a produção de um opioide endógeno (encefalina), que bloqueia ou diminui a transmissão do sinal de dor ao cérebro, baseando-se na “teoria de portão” (Bergomi, Scudeller, Pintaldi & Molin, 2018).

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

- **Colo/Embalar**, promove o contacto físico com os pais e “parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em RN” (OE, 2013, p. 38).
- **Posicionamento**, da criança na posição vertical ou sentada ao colo dos pais ao invés de colocá-la em decúbito dorsal, reduz a ansiedade e o medo, e por sua vez a perceção de dor (Short, Pace & Bimbaum, 2017).
- **Ambientais**, através da utilização de medidas de conforto para a redução do stress (exemplo: a redução do ruído e da incidência das luzes) (MS, 2012a).

→ **Intervenções Cognitivo-comportamentais:** usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição.

- **Distração**, muda o foco de atenção da criança para algo envolvente e atraente, modelando a capacidade de perceção do estímulo doloroso, reduzindo desta forma a angústia e a ansiedade (Koller & Goldman, 2012).

- **Distração Ativa:** formas ativas de distração que promovem o envolvimento da criança numa atividade durante o procedimento (Koller & Goldman, 2012). Exemplos:
  - **Brinquedos interativos**, que envolvem a componente auditiva, visual, motora e tátil (cantar, contar, ler, soprar bolas de sabão/cata-ventos de rotação, fazer puzzle, fazer um desenho, ver caleidoscópio, jogos de computador, telemóvel, tablet, ler um livro, entre outros) (MS, 2012c; Koller & Goldman, 2012; Short, Pace & Bimbaum, 2017). Os livros podem ser “ferramentas” muito úteis na distração das crianças e se forem de tamanho grande podem ainda ser mais benéficos, boqueando o campo de visão da criança durante o procedimento (Short, Pace & Bimbaum, 2017).
  - **Realidade Virtual**, proporciona um ambiente interativo, tridimensional com a componente auditiva e visual. Acredita-se que este mantém a vantagem sobre outras técnicas de distração, uma vez que cria um mundo alternativo. A tecnologia da realidade virtual, associada ao “*software VR*”, cria um ambiente virtual, tridimensional num cenário com ilusão de gelo (neve, chuva fria, colinas geladas) (Koller & Goldman, 2012).
  - **Controlo da respiração**, pode ser caracterizado como cognitiva, como técnica de distração e comportamental no qual as crianças controlam o ritmo da sua respiração, o que induz de uma forma ativa ao relaxamento (Koller & Goldman, 2012).
- **Distração Passiva:** formas passivas de distração que exigem que a criança permaneça calma e tranquila durante o procedimento. A distração nestes casos é conseguida através da observação de uma atividade ou estímulo (Koller & Goldman, 2012). Exemplos:
  - **Distração auditiva**, através de música calma e promotora de tranquilidade (Koller & Goldman, 2012).
  - **Distração audiovisual**, através do uso da televisão (Koller & Goldman, 2012).

→ **Intervenções Cognitivas:** usam métodos mentais para lidar com a dor.

- **Reforço positivo**, técnica que promove o elogio da criança ou à recompensa quando esta utilizou estratégias de alívio da dor (exemplos: autocolantes, certificado, prenda, entre outros) (MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).

- **Preparação** da criança através do fornecimento de informação antecipatória adequada à idade sobre o procedimento e sobre as sensações que poderão ocorrer, criando uma expectativa realista com objetivo de obter a sua colaboração (MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013; Short, Pace & Bimbaum, 2017).
- **Imaginação Guiada e Relaxamento**, técnica que procura obter a sensação de bem-estar e relaxamento, através da concentração sobre uma imagem mental para um lugar agradável que envolva vários componentes dos sentidos (auditivos, visuais, olfativos e gustativos). Esta combina a parte cognitiva da imaginação guiada, com a componente comportamental do relaxamento, induzindo um estado de bem-estar que pode influenciar a perceção de dor (exemplo: histórias com super-heróis) (MS, 2012b; MS, 2012c; Koller & Goldman, 2012; OE, 2013).
- **Modelação/ensaio comportamental**, simulação ou demonstração do procedimento por um adulto, através da utilização de instrumentos médicos de brincar ou reais, antecipando a situação real (exemplo: demonstração com um boneco, fantoches, vídeo, entre outros) (MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).
- **Relaxamento muscular/exercícios respiratórios**, podem atuar como estratégias de distração, diminuindo a tensão muscular, o stress e a ansiedade antecipatória e aumentando o autocontrolo da situação. Esta intervenção pode ser facilitada por bolhas de sabão ou cataventos de rotação com a respiração (MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2013).

A imaginação guiada, a respiração controlada e a realidade virtual, de acordo com a evidência científica devem ser complementadas com outras intervenções (Koller & Goldman, 2012).

De referir ainda, que para além destas intervenções descritas, existem outras igualmente eficazes, mas que não são tão frequentes na prática de enfermagem, uma vez que exigem algumas competências específicas, tais como: a reflexologia, o reiki, a acupuntura, a hipnose, a aromoterapia e a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) (OE, 2013).

Acresce ainda a importância de relevar o uso do humor como estratégia de comunicação com a criança em todas as intervenções realizadas. Esta intervenção proporciona “um clima de

leveza e de prazer” promotor da relativização de certas situações, “transformando a tristeza em alegria, a desilusão em cómico, o desespero em boa disposição”, estimulando expressões como o riso e o sorriso, associadas ao bem-estar (OE, 2013, p. 43).

Na planificação das intervenções individualizadas à criança/jovem, na gestão dos processos dolorosos, a presença dos pais é um elemento importante, uma vez que, a separação dos pais/família gera stress que pode aumentar a perceção de dor. Por outro lado, os pais/família conhecem e compreendem a criança, sendo mediadores das suas queixas, tornando-as perceptíveis para a equipa cuidadora (OE, 2013).

O envolvimento das crianças e famílias na escolha das intervenções para a gestão dos processos dolorosos promove a autonomia das mesmas, empoderando-as e capacitando-as em regime de parceria de cuidados, tal como preconizado por Anne Casey (Short, Pace & Bimbaum, 2017; OE, 2013). Desta forma, o tratamento da dor na criança deve realizar-se de modo abrangente e individualizado, melhorando a satisfação desta, promovendo um desenvolvimento emocional e cognitivo saudável. Assim, acredita-se que a promoção destes cuidados tem como consequente um aumento da adesão futura aos cuidados de saúde (Short, Pace & Bimbaum, 2017).

A utilização de intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros, vai de encontro as normas de boa prática preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como pela OE (MS, 2012a; MS, 2012b; MS, 2012c; OE, 2008; OE, 2013). Este tipo de intervenções constituem uma libertação por parte do enfermeiro do modelo biomédico, dando-lhe o poder das ações autónomas de enfermagem, que de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], são “ações realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade” (OE, 2015, p. 102). Estas podem ser utilizadas isoladamente, bem como, em conjunto com estratégias farmacológicas (OE, 2013).

O Regulamento das Competências do EEESIP, no seu segundo descritivo referencia que o EEESIP “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapia”; para tal “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, garantindo “a gestão de medidas

farmacológicas de combate à dor” e a aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19193).

Evocando o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, cabe ao EEESIP “a prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados: (...) gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor); salientando-se “o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem” (OE, 2011, p. 9-10). Deste modo, compete ao EEESIP uma gestão diferenciada da dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em intervenções não farmacológicas para o alívio da dor.

## **2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO: ESTÁGIO I E ESTÁGIO FINAL**

O Estágio I realizou-se entre 14 de maio de 2018 e 22 de junho de 2018, que decorreu ao longo de 6 semanas numa Consulta Externa de Pediatria, onde foram realizadas 129 horas de contacto. O Estágio Final decorreu entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019, sendo este dividido em três módulos (A, B e C). O módulo A decorreu ao longo de 4 semanas numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, tendo sido realizadas 84 horas de contacto neste local. O módulo B decorreu num Serviço de Internamento de Pediatria, onde foram realizadas 84 horas de contacto. O módulo C decorreu ao longo de 8 semanas numa Unidade de Saúde Familiar [USF], onde foram realizadas 168 horas de contacto.

A escolha dos locais de estágio foi realizada tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, bem como as necessidades de aprendizagens individuais. Para ambos os estágios para além dos objetivos previamente definidos no plano curricular, foram delineados objetivos gerais transversais a todos os quatro contextos e objetivos específicos para cada contexto (Apêndice 1).

Os **objetivos gerais** definidos foram:

- Desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem;
- Implementar um Projeto de Intervenção.

A realização dos Estágios por módulos, permitiu-nos o desenvolvimento de competências específicas, numa perspetiva holística, científica e personalizada, de acordo com as particularidades de cada contexto clínico. O Projeto de Intervenção foi desenvolvido ao longo do Estágio I e Estágio Final e implementado no módulo C. Ao longo deste capítulo iremos abordar de forma detalhada todo o percurso desenvolvido entre o Estágio I e o Estágio Final.

## 2.1 – Consulta Externa de Pediatria

O Estágio I, foi realizado numa Consulta Externa de Pediatria. A escolha deste local de Estágio prendeu-se com a necessidade de desenvolver competências de EEESIP, num contexto de consulta externa e perceber toda a interligação com o internamento hospitalar e hospital dia.

Tendo em conta os objetivos transversais anteriormente definidos, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da Consulta Externa de Pediatria;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família;
- Desenvolver competências em intervenções não farmacológicas à criança/jovem;
- Realizar um estudo de caso.

A Consulta Externa de Pediatria, faz parte integrante de um Serviço de Internamento de Pediatria, inserida numa Unidade Local de Saúde [ULS], que tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados em regime de ambulatório a crianças/jovens até aos 18 anos. A sua atuação rege-se pelo respeito da dignidade humana, centrando os cuidados no bem-estar das crianças e da comunidade onde estão inseridas; e pela promoção da excelência técnica, da multidisciplinaridade e da racionalidade, conciliando a vanguarda tecnológica e a humanização dos cuidados de saúde, tendo como objetivo a melhoria continua dos indicadores de saúde da população abrangida.

A Consulta Externa de Pediatria, localiza-se num edifício anexo ao Hospital, que funciona nos dias úteis, das 9 horas às 17 horas. A sua área de atuação é diversificada, tendo disponíveis consultas de pediatria no geral, neonatologia, desenvolvimento, diabetes infantil e juvenil, aconselhamento genético, obesidade, nutrição, neuropediatria, doenças respiratórias e cardiologia pediátrica. A equipa multidisciplinar é constituída por 9 médicos, 2 enfermeiros, 1 assistente técnico e 1 assistente operacional. Faz também parte da equipa, 1 psicólogo que está direcionado para o acompanhamento de crianças com diabetes juvenil e 1 nutricionista.

Ao longo deste período de Estágio, tivemos oportunidade de colaborar e participar na prestação de cuidados à criança/jovem e família, desenvolvendo os conhecimentos e

competências científicas e humanas na abordagem ao longo do seu ciclo de vida. Neste contexto, de entre as atividades em que participámos, destacamos a consulta de diabetes juvenil, onde colaborámos na interligação com o internamento de pediatria, bem como com a equipa multidisciplinar, (enfermeiro, médico, nutricionista e psicólogo), na realização de ensinios, no esclarecimento de dúvidas e na adaptação da criança/jovem e família à situação de saúde/doença. Foi importante perceber toda a dinâmica do EEESIP, como elemento de referência na equipa multidisciplinar, na organização e coordenação dos cuidados.

Neste âmbito, e com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis, e o treino de rotinas inerentes a uma adequada gestão da doença, são realizados anualmente encontros de jovens com diabetes tipo 1, promovidos pelos profissionais de saúde da ULS, de forma a que tenham uma educação terapêutica acompanhada pelos pares e pelos profissionais que os seguem em consulta.

Atualmente, e inerente aos crescentes avanços tecnológicos, tem vindo a aumentar o número de crianças/jovens com dispositivos de administração subcutânea contínua de insulina. Apesar da Consulta Externa de Pediatria não ser centro de colocação de dispositivos, esta tem um papel fundamental no acompanhamento das crianças/jovens e famílias da região abrangente. Os ensinios relacionados com a colocação e manutenção do Sistema “*Flash de Monitorização da Glicose Libre*” foi também foco dos cuidados, uma vez que se trata de um dispositivo relativamente recente que suscita muitas dúvidas e receios nas crianças/jovens e famílias.

A relação de proximidade desenvolvida com estas famílias, bem como a disponibilidade constante de todos os elementos da equipa multidisciplinar são sem dúvida aspetos a destacar no que toca à qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo deste primeiro estágio, deu-se início ao desenvolvimento das primeiras atividades do projeto de intervenção, que serão explanadas no capítulo 3. Neste contexto foram adquiridas para a Consulta Externa de Pediatria e para a USF duas caixas com material lúdico-terapêutico intituladas “Caixinhas Sem Dói Dói”, tal como preconizado no GOBP da OE (OE, 2013). Como complemento da “Caixinha Sem Dói Dói”, aliando as novas estratégias disponíveis no mercado, foi adquirido também um Dispositivo *Buzzy*®, oferta de uma empresa de marca nacional de produtos e serviços na área da saúde e nutricionismo. De reforçar que a

Consulta dispõe de solução de sacarose a 24%, existente no Serviço de Pediatria, bem como de Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto, os mesmos são utilizados sempre que necessário de acordo com a situação.

Uma das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio I e prolongada pelo Estágio Final (módulo C), que tinha como foco as intervenções para controlo e alívio da dor, foi a realização de um panfleto informativo para os pais e acompanhantes sobre a aplicação do *EMLA*®. A realização deste panfleto, surgiu da necessidade manifestada pela Enfermeira Tutora da Consulta Externa de Pediatria, sobre a importância da existência de um guia orientador para os pais e acompanhantes, para o esclarecimento rápido de dúvidas. Esta necessidade, foi mais tarde manifestada pela Enfermeira Tutora da USF, e visto pertencerem ambos à mesma ULS, foi realizado um panfleto informativo, adaptado aos dois contextos de cuidados, que contempla os procedimentos mais frequentes, modo de aplicação, contraindicações e reações adversas (Apêndice 2).

Durante o Estágio I, a realização de um estudo de caso, permitiu-nos aumentar o conhecimento teórico sobre a temática abordada, aprofundar conhecimentos sobre nomenclatura CIPE e realizar uma avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança, planeando intervenções promotoras do bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança e família. Desta forma, a elaboração de um plano individual de cuidados, possibilitou-nos a mobilização e desenvolvimento de conhecimentos, e a sua integração no processo de enfermagem, proporcionando uma intervenção personalizada. O estudo de caso baseou-se numa criança com 10 anos de idade, com diagnóstico de febre “Q”, por *coxiella burnetii*, com várias manifestações de osteomielite, sujeita com frequência a procedimentos invasivos, o que nos permitiu planear intervenções na área da dor.

A realização deste trabalho, permitiu-nos também um contacto próximo com a criança e família, durante o período de colheita de dados, o que possibilitou uma compreensão da família de uma forma abrangente na sua multidimensionalidade. Desta forma, a realização deste trabalho foi gratificante a nível pessoal e profissional, pela abrangência dos conceitos explanados e imprescindíveis à prática de cuidados especializados em saúde infantil e pediátrica.

## 2.2 – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

O Estágio Final módulo A, realizou-se numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais. A escolha deste local de Estágio, prendeu-se com a necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos na área neonatal, nomeadamente, no cuidar do RN e família em situações de especial complexidade e na promoção da vinculação no RN doente ou com necessidades especiais.

Tendo em conta os objetivos transversais anteriormente definidos e mantendo o “fio condutor” do Estágio I, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN;
- Promover a vinculação no RN;
- Desenvolver competências de prevenção e controlo da dor adequadas ao RN;
- Desenvolver competências de liderança e de gestão.

A Unidade de Cuidados Especiais encontra-se inserida num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, integrado no Serviço Nacional de Saúde [SNS], que tem como missão promover a saúde, prevenir e combater a doença e colaborar no ensino e na investigação científica, contribuindo para o bem-estar físico, social e mental da pessoa. Os valores desta unidade hospitalar baseiam-se no respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, no desenvolvimento humano, na competência, na inovação e na responsabilidade pela boa prática clínica.

A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, recebe RN, do próprio hospital (Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia ou Serviço de Urgência Pediátrica) ou transferidos pelo Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), que necessitem de cuidados especiais, até aos 28 dias de vida, sendo esta unidade referência para dois distritos do país, tendo um total de 24 vagas. Esta divide-se em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, constituída por 4 vagas; Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais com 10 vagas e Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais com 10 vagas, sendo nesta última que se realizou fundamentalmente o período estágio.

A Unidade está interligada com o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria, (partilhando o mesmo Diretor Clínico), Serviço de Obstetrícia e Bloco Operatório. O Serviço de Urgência Pediátrica e Urgência Geral, partilham o mesmo Enfermeiro Chefe.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos (pediatras, cirurgiões e anestesiológicos), assistente social, psicólogo, assistentes técnicos e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, sendo que 9 são EEESIP, 3 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 2 Mestres em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro presta cuidados na sua totalidade, a um ou mais RNs, conforme a distribuição previamente definida. A equipa privilegia que cada RN tenha um enfermeiro de referência. De acordo com o preconizado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o método de trabalho por «enfermeiro de referência» é “imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem” (OE, 2011, p. 5).

Ao longo deste contexto de Estágio, tivemos oportunidade de participar na prestação de cuidados ao RN e família, o que permitiu a mobilização das competências adquiridas ao longo do curso e sua aplicação neste contexto de cuidados. Para tal, considerámos importante termos ficado com RNs atribuídos, o que nos permitiu prestar cuidados diretos especializados, bem como, nos fez sentir parte integrante da equipa, tendo sempre em conta a premissa da partilha de conhecimentos e saberes. Desta forma, foi dada abertura por parte da equipa, para a exposição de dúvidas e troca de práticas e experiências, o que sem dúvida foi uma mais valia para a melhoria da nossa prática clínica.

Sendo a área da neonatologia muito particular e específica, existiu necessidade de ir complementando conhecimentos com pesquisas bibliográficas, de modo a articular os saberes com a prática e com a evidência científica, e assim melhorar a prestação de cuidados. Foram

consultados também protocolos e procedimentos existentes na Unidade, o que contribuíram para uma perceção mais abrangente dos cuidados prestados ao RN e família.

Ao longo do Estágio, verificámos que a atualização dos protocolos e procedimentos existentes na Unidade, de acordo com a mais recente evidência científica, é uma premissa constante da equipa. Neste contexto, em colaboração com a Enfermeira Tutora no processo de re-acreditação do hospital, de modo a melhorar e a uniformizar os cuidados prestados, tivemos oportunidade de contribuir com pesquisa bibliográfica para a atualização do procedimento específico “Cuidados com a Pele do Recém-Nascido”.

A pesquisa bibliográfica prendeu-se com o objetivo de dar resposta à percentagem de humidade que deve ser programada na incubadora, de acordo com a idade gestacional do RN. Deste modo, concluiu-se que: todas as crianças com menos de 32 semanas de gestação e com menos de 2 semanas de idade devem iniciar humidade na incubadora o mais cedo possível e a percentagem ideal de humidade depende da idade gestacional. Assim, o RN com menos de 28 semanas de gestação, deve iniciar humidade a 80% e mantê-la por 7 dias, após os 7 dias, a humidade deve ser reduzida 5% a cada dia até atingir os 40%, quando atingidos os 40% a humidade da incubadora deve cessar. Em RNs de 28 a 29 semanas e 6 dias de gestação, a humidade deve iniciar-se a 80% e após 1 dia, reduz-se 5% a cada dia, quando atingidos os 40% a humidade da incubadora deve cessar. Nos RNs de 30 a 34 semanas de gestação, a humidade deve iniciar-se com 40% e após 2 semanas a humidade da incubadora pode cessar. De realçar que o RN, não deve ser vestido ou tapado em incubadora humidificada e a integridade da pele deve ser estritamente vigiada (NHS, 2017).

A admissão do RN numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais gera sentimentos de preocupação e angústia para os pais, que com frequência têm de adaptar-se a situações de especial complexidade, para as quais poderão não estar preparados. Desta forma, é essencial que os cuidados prestados sejam centrados no RN e família, de modo a envolver os pais desde cedo nos cuidados ao RN. Assim, ao longo deste Estágio, planeámos, gerimos e executámos sempre um plano de cuidados de enfermagem promotor da vinculação do RN, alicerçado no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Durante o período de Estágio, um dos focos especiais da prestação de cuidados, dentro da temática da dor, foi o desenvolvimento de competências em intervenções não farmacológicas

de alívio e controlo da dor. Neste contexto, foi notória a grande preocupação de toda a equipa no alívio e controlo da dor do RN, fundamentadas em medidas promotoras do desenvolvimento. Estas mesmas intervenções, encontram-se explanadas nos protocolos de monitorização, prevenção e controlo da dor (existentes na Unidade), onde se privilegia: a presença dos pais; a redução do ruído e luminosidade; o posicionamento; a manipulação mínima (através da organização/concentração dos cuidados); a amamentação; o uso de sucção não nutritiva; o contacto pele-a-pele; entre outras. É de referenciar que o contacto pele-a-pele (também conhecido por método Canguru) faz parte das rotinas diárias, sendo realizado sempre que possível pela mãe ou pai do RN. De entre as medidas farmacológicas, encontram-se a administração de sacarose a 24%, *EMLA*®, paracetamol, morfina e fentanil (encontrando-se as dosagens das mesmas mencionadas no referido protocolo, facilitando a sua administração).

A grande preocupação por parte da equipa no enfoque da promoção de cuidados atraumáticos, demonstrou-se preponderante no desenvolvimento de competências e habilidades em intervenções não farmacológicas para alívio da dor, concretamente no RN.

Assim, para uma correta abordagem da dor, e gestão das intervenções a realizar, é necessário realizar uma correta avaliação, monitorização e registo da mesma. Neste sentido, a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais realiza a monitorização da dor uma vez turno, ou com a frequência que se verificar necessária, através das Escalas de PIPP e NIPS. O registo é realizado através do *software* informático *B-Simple*.

À prestação de cuidados de enfermagem encontra-se inerente a realização dos registos informáticos. Assim, ao longo do Estágio, realizámos os registos informaticamente, através do programa *B-Simple*, que usa como referencial a linguagem CIPE.

O contacto direto com o programa *B-Simple*, foi enriquecedor, uma vez que, permitiu uma visão dos registos diferente da que estamos habituados com o programa *SClinico*. Porém, o manuseio do programa mostrou-se relativamente fácil, pela existência de muitos pontos em comum com o programa *SClinico*. Assim, esta experiência proporcionou-nos momentos de partilha, fundamentais para eventuais contributos de aprimoramentos do *software* de apoio à prática de cuidados.

Beneficiando do facto da Enfermeira Tutora, ser Chefe de Equipa, foi possível constatar a importância do enfermeiro especialista como elemento de referência para toda a equipa, bem como, neste caso em particular, toda a componente relacionada com a gestão e a liderança. Assim, ao longo deste módulo de Estágio, para além da aquisição e do desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados ao RN e família, em situações de especial complexidade, o nosso interesse visou também o desenvolvimento de competências de liderança e de gestão, imprescindíveis ao desempenho de funções de Enfermeiro Especialista. Neste sentido, colaborámos com a Enfermeira Tutora em todas as atividades propostas, como a realização da distribuição dos RN, pelos enfermeiros, para os turnos seguintes; resolução de situações inerentes ao desenrolar do turno; pedidos de material e ou medicação, entre outros. Para apoio a atividades relacionadas com a gestão (pedidos de material de uso clínico e pedidos de terapêutica), tivemos oportunidade de ter contacto com o programa informático *Glintt*, que mais uma vez se demonstrou como uma mais valia.

### 2.3 – Serviço de Internamento de Pediatria

O Estágio Final módulo B, foi realizado numa Serviço de Internamento de Pediatria. A escolha deste local de Estágio, prendeu-se com a necessidade de desenvolver competências, num contexto similar, em que prestamos cuidados de enfermagem em Pediatria, de forma a aproveitar todos os momentos de partilha de experiências.

Os **objetivos específicos** delineados para este Estágio foram os seguintes:

- Conhecer a dinâmica funcional e organizacional do Serviço de Internamento de Pediatria;
- Observar e prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família;
- Conhecer os métodos utilizados pela equipa de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança/jovem e família;
- Desenvolver competências em intervenções de alívio e controlo da dor na criança/jovem;
- Conhecer a dinâmica funcional do Serviço de Urgência Pediátrica.

O Serviço de Internamento de Pediatria encontra-se inserido num hospital de referência, integrado no SNS, que se rege pelos objetivos de promover o crescimento saudável das crianças e jovens; promover a humanização e promover um papel ativo e interventivo no hospital e na comunidade envolvente, sendo o foco dos cuidados, um atendimento promotor da melhoria da saúde das crianças/jovens.

O Serviço de Internamento de Pediatria presta assistência a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 28 dias e os 17 anos e 365 dias, da sua área de influência bem como dos distritos limítrofes, com patologia o foro médico, cirúrgico, oftalmológico, ortopédico, otorrinolaringológico, dermatológico e estomatológico. Para além da atividade assistencial, o serviço concilia atividades de ensino, investigação, formação e de intervenção na comunidade.

O Internamento de Pediatria dispõe de um total de 15 vagas, distribuídas por seis enfermarias, sendo uma enfermaria com três camas destinadas ao hospital de dia, uma enfermaria com três camas destinadas à cirurgia ambulatório e um quarto de isolamento. O serviço é constituído também por uma sala de tratamentos, uma sala de atividades e uma sala de espera.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos (pediatras, cirurgiões pediatras, dermatologista, ortopedista, oftalmologista e otorrinolaringologista), enfermeiros, 1 assistente técnico, 7 assistentes operacionais e 1 educador de infância. O serviço tem também apoio de assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros. A equipa de enfermagem é constituída por 16 elementos, dos quais 13 são EEESIP. O Serviço de Internamento de Pediatria, a Unidade de Neonatologia e a Urgência Pediátrica, partilham o mesmo Enfermeiro Chefe. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro presta cuidados na sua totalidade, às crianças/jovens, conforme a distribuição previamente definida, privilegiando-se sempre a interajuda e a cooperação entre a equipa.

Quanto à política de segurança, o serviço encontra-se fechado, com porta eletrónica, e para acesso ao mesmo é necessário código de segurança. As crianças encontram-se identificadas com pulseira de identificação e pulseira eletrónica de segurança anti-rapto.

No decorrer deste Estágio foram observados os cuidados prestados pelo EEESIP, à criança/jovem e família, bem como, o papel que este desempenha na equipa multidisciplinar. Neste contexto, tal como nos estágios anteriores, foi de notar que o EEESIP, funciona como um elemento de referência para toda a equipa multidisciplinar. Neste aspeto, sendo um serviço com um elevado número de EEESIP, e de referir que existem enfermeiros em processo de especialização, nota-se uma constante partilha de saberes e experiências, que se traduzem em cuidados de elevada qualidade.

No que respeita à prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias, em contexto de doença, tivemos oportunidade de em conjunto com a Enfermeira Tutora, intervir em doenças comuns, e em situações de risco, que possam afetar a vida/qualidade de vida das mesmas, através da realização de diagnósticos de enfermagem, planeamento e execução/implementação de intervenções, tendo sempre em conta um plano de cuidados individualizado.

Neste sentido, não valorizámos só o processo de doença, (crónica ou aguda), mas tivemos em conta todos os aspetos relacionados com a adaptação da criança/jovem família à hospitalização, bem como uma progressiva capacitação para a autonomização dos pais.

A avaliação e o registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde são inquestionáveis e devem ser realizadas de forma contínua e sistemática, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica e como norma de boa prática clínica. Durante este percurso de Estágio, verificámos que a instituição dispõe de uma norma de avaliação da dor, mas no geral é direcionada para a população adulta. Assim, tendo em conta a necessidade verificada no serviço, e seguindo o “fio condutor” do tema do projeto, foi proposta à Enfermeira Chefe e Enfermeira Tutora, a realização de uma Norma de Atuação específica para a pediatria, de modo a colmatar esta lacuna, e a uniformizar os cuidados sobre a “Avaliação da Dor na Criança” (Apêndice 3). A realização desta Norma de Atuação, foi muito gratificante, pois permitiu-nos contribuir para a prestação de cuidados especializados e de excelência.

Neste contexto, observámos que a execução dos registos informáticos realizam-se através do *software* informático “ALERT®”, porém, apenas duas escalas de monitorização da dor se encontram parametrizadas no mesmo (Escala de Faces e Escala Numérica), o que visa como insuficiente para uma adequada monitorização da dor ao longo do ciclo de vida da criança, tendo em conta as suas especificidades. Assim, e antevendo uma possível atualização

do programa de registos informático, a Norma de Atuação de “Avaliação da Dor na Criança” contempla (em anexo) todas as escalas de avaliação da dor na criança recomendadas pelo Ministério da Saúde (Escala de EDIN, Escala de NIPS, Escala de PIPP, Escala de FLACC, Escala de FLACC-R, Escala de Faces *Wong-Baker*, Escala de Faces Revista e Escala Numérica), bem como, o diagrama corporal para a localização da dor do adolescente.

Ao longo de todo o percurso de Estágio, antes, durante e após a realização de procedimentos dolorosos, foram desenvolvidas competências e partilhadas experiências em intervenções não farmacológicas de alívio e controlo da dor, de acordo com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela OE.

Foi de notar que existe uma grande preocupação por parte da equipa na gestão dos procedimentos dolorosos, bem como no controlo da dor pré e pós-operatória, quer através do uso de intervenções farmacológicas e ou não farmacológicas. Como exemplo de intervenções farmacológicas, destacámos a administração de *EMLA*® (penso impregnado de lidocaína e prilocaína), na preparação da criança/jovem durante a fase pré-operatória, antes da inserção de cateter venoso periférico. Como exemplo de intervenções não farmacológicas, destacámos o reforço positivo e a recompensa (com o uso de autocolantes), e a distração (através do uso do humor terapêutico), de forma a minimizar o medo, a angústia e a ansiedade, criando um ambiente terapêutico de proximidade entre os profissionais e as crianças/jovens e famílias.

Neste módulo, foi ainda possível realizar um estágio de observação no Serviço de Urgência Pediátrica, o que possibilitou conhecer e compreender a dinâmica de um Serviço de Urgência e toda a articulação com um Serviço de Internamento de Pediatria.

A Urgência de Pediatria funciona num espaço próprio, fora da Urgência Geral, e recebe crianças e jovens com doença urgente ou emergente, referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários, pela linha de atendimento telefónico da Saúde 24, transportadas pelos serviços de emergência pré-hospitalar, ou que se inscrevam autonomamente. Esta dispõe de uma sala de triagem, uma sala de consulta, uma sala de espera, uma sala de emergência, um gabinete médico e de enfermagem e uma Unidade de Internamento de Curta Duração com a disponibilidade de três camas.

Na Unidade de Internamento de Curta Duração designada por UICD, permanecem crianças/jovens, (até 24 horas), com a possibilidade de estarem acompanhados por um dos pais, ou adulto de referência, não sendo permitidas visitas. Ao longo da permanência neste serviço, é avaliada a evolução clínica da criança/jovem, e esta poderá ter alta ou poderá ser transferida para o Serviço de Internamento de Pediatria (ou para outra unidade hospitalar) quando se verifica necessidade de continuação de cuidados.

A Urgência de Pediatria determina a prioridade de atendimento da criança/jovem através da Triagem de Manchester, realizada por um Enfermeiro. Seguidamente a criança/jovem aguarda na sala de espera a sua chamada pelo médico, acompanhado pelo adulto responsável. Quando o motivo de admissão da criança/jovem é do foro de outra especialidade, a criança é reencaminhada para essa especialidade.

A observação da dinâmica deste serviço, foi sem dúvida uma mais valia, o que nos permitiu compreender a abordagem do EEESIP, num contexto de situações de particular exigência, bem como, a articulação que é realizada com outros serviços intra-hospitalar.

#### 2.4 – Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar

O Estágio Final módulo C, foi realizado numa USF. A escolha deste local de Estágio prendeu-se com a necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP, em contexto de cuidados de saúde primários e ir de encontro ao local de Estágio planeado para a realização do projeto de intervenção.

Os **objetivos específicos** delineados para este Estágio foram os seguintes:

- Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da USF;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários;
- Conhecer os métodos utilizados pela equipa de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança/jovem e família;

- Desenvolver competências em intervenções de alívio e controlo da dor na criança/jovem em contexto de cuidados de saúde primários;

- Realizar um artigo científico.

A USF onde realizámos este último contexto de Estágio, pertence a uma ULS, estando inserida num Agrupamento de Centros de Saúde do SNS, com objetivo de prestar cuidados de saúde de excelência, integrados na comunidade e com a comunidade, tendo em conta as suas necessidades. A USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde em vários domínios, são estes: a promoção da saúde; a prevenção da doença; a deteção, tratamento e referencia de doentes e a reabilitação das pessoas, baseando-se em elevados graus de competências técnico-científicas bem como na satisfação dos seus utentes. A mesma é constituída por uma equipa multidisciplinar formada por 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 assistentes técnicos e 3 assistentes operacionais, organizados por equipas nucleares de saúde, fazem também parte da equipa nutricionista e fisioterapeuta.

A USF, disponibiliza aos seus utentes consultas programadas, mediante prévia marcação, consultas abertas, para situações agudas de cuidados, e contactos indiretos, para a resolução de situações em que não existe necessidade da presença física do utente, como por exemplo a renovação de receituário.

As consultas médicas programadas disponíveis na USF, são de medicina geral, saúde infantil e juvenil, saúde materna e revisão de puerpério, planeamento familiar, diabetes, hipertensão/risco cardiovascular e rastreios oncológicos. As consultas de enfermagem programadas disponíveis são de saúde do adulto ou idoso, saúde infantil e juvenil, saúde materna e revisão de puerpério, diabetes, hipertensão/risco cardiovascular e consultas no geral para a administração de injetáveis, vacinação e realização de tratamentos. As consultas médicas e de enfermagem são realizadas preferencialmente em conjunto e sempre que necessário os utentes são encaminhados/referenciados para outras áreas de especialização.

A área de influência da USF abrange todos os utentes do concelho que queiram escolher para equipa nuclear uma das que integram esta USF. Porém, as freguesias mais distantes só poderão fazer parte da USF após acordo com a ULS.

Antes do início deste módulo de Estágio, pela necessidade de reconhecer atempadamente o diagnóstico de situação, bem como iniciar/programar algumas atividades para a realização do projeto de intervenção, entrámos informalmente em contacto com as EEESIP da USF. Nesta ocasião, foi apresentado o tema que planeámos desenvolver como projeto de intervenção, para o qual as enfermeiras se demonstraram muito disponíveis para colaborar em todas as atividades, referindo que seria uma área diferente de todas aquelas que já tinham sido trabalhadas na USF. Nos primeiros dias de Estágio, dando seguimento ao início das linhas de orientação do projeto, procedemos à realização de todos os procedimentos para a submissão do pedido de apreciação à Comissão de Ética da ULS, para aprovação do estudo de investigação (Apêndice 4).

Ao longo deste módulo, além das atividades desenvolvidas no âmbito da implementação do Projeto de Intervenção, que serão descritas no capítulo 3, tivemos oportunidade de participar na prestação de cuidados, através da realização de consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, tendo em conta as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], bem como o seu registo informático através do programa informático “*SClinico*” e manual no Boletim Individual de Saúde.

A oportunidade de colaborar no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados, em contexto de cuidados de saúde primários, foi muito positivo e gratificante, pois permitiu-nos uma visão diferente e privilegiada dos cuidados, ao longo do ciclo de vida e nas diferentes etapas de desenvolvimento. Apesar do curto espaço temporal, foi possível acompanhar as mesmas crianças no decorrer de várias consultas, possibilitando uma previa preparação das mesmas.

Neste contexto, a observação física da criança/jovem, a avaliação dos dados antropométricos, os ensinamentos realizados nas diferentes faixas etárias, foram algumas das intervenções desenvolvidas, que implicaram uma constante mobilização de conhecimentos e habilidades. A aplicação da escala de *Mary-Sheridan Modificada* inserida no programa informático “*SClinico*”, foi uma mais valia permitindo-nos um registo sistemático e uma visão estruturada da avaliação do desenvolvimento da criança, possibilitando-nos a deteção precoce de sinais de alerta.

A importância da cobertura vacinal foi também uma preocupação nossa, para tal em todas as consultas de vigilância tivemos oportunidade de participar na promoção da vacinação dando cumprimento ao Plano Nacional de Vacinação [PNV], e esclarecendo dúvidas dos pais. Neste âmbito, e de forma a dar cumprimento aos indicadores de saúde preconizados na USF, e a manter imunidade individual e de grupo, sempre que possível foram notificadas via carta, todas as crianças com vacinação em atraso.

A administração de vacinas é o procedimento doloroso, mais realizado durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, e este foi um aspeto explorado, neste contexto de estágio, sendo o alívio e controlo da dor o alvo do Projeto de Intervenção implementado. As atividades desenvolvidas em contexto de Projeto de Intervenção, serão abordadas de forma mais sucinta neste capítulo, e pormenorizada, de acordo com todas as fases da Metodologia de Projeto no capítulo 3.

Ao explorar o programa informático “*SClinico*” e em discussão com a Enfermeira Tutora apercebemo-nos que a parametrização existente das escalas de avaliação da dor apenas contempla a escala numérica e a escala de NIPS. Perante este facto, os registos da avaliação da dor na criança só poderão ser realizados como “nota geral” ou “nota associada”, o que não se torna prático e implica a existência de escalas em “suporte papel”, para a determinação de “scores”. Esta preocupação, foi transmitida à enfermeira responsável pela parametrização do programa informático, e o mesmo ficou de ser abordado numa próxima reunião. Deste modo, sugerimos que a parametrização das escalas da dor existentes no “*SClinico*” hospitalar, pode-se “migrar” para o “*SClinico*” de cuidados de saúde primários, permitindo assim, um registo efetivo do “score” de dor e uma posterior análise de dados.

Neste sentido e de forma a compreender como os enfermeiros desta USF realizam a prevenção, controlo e avaliação da dor na criança, foi realizado e aplicado um questionário (Apêndice 5), que nos permitiu efetuar um diagnóstico das necessidades, e posteriormente, delineamento das atividades de intervenção a realizar. Assim, após a análise dos questionários, que será explorada no capítulo 3, foi realizada dia 16 de janeiro de 2019, uma Sessão de Formação dirigida a toda a equipa multidisciplinar e estudantes de enfermagem intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor” (Apêndice 6), tendo como principal objetivo a promoção de modelos de boas práticas no controlo, avaliação e registo da dor na criança. Por dificuldades em conciliar as atividades da equipa com o horário da Sessão

de Formação, não foi possível a presença de toda a equipa. Contudo, por vários elementos da equipa manifestarem interesse em nova realização da mesma, ficou programada nova sessão.

Ao longo deste Estágio, verificámos também que a USF não dispõe de Sacarose a 24% nem de *EMLA*®, embora os mesmos encontrem-se disponíveis na farmácia da ULS, para o Serviço de Pediatria, Unidade de Neonatologia, Urgência de Pediatria e Consulta Externa. Assim, em conjunto com a Enfermeira Tutora e o Enfermeiro Chefe, foram solicitados os mesmos à farmácia da ULS, de modo que futuramente, passem a fazer parte da medicação disponível na USF. Neste contexto, propusemos a atualização do procedimento da ULS já existente, para a administração da sacarose a 24%, com o intuito de realizar uma revisão de literatura, alargando a sua aplicação para crianças até ao primeiro ano de vida, abrangendo não só o contexto hospitalar, mas também os cuidados de saúde primários (Apêndice 7). Relativamente ao *EMLA*®, foi igualmente solicitado o mesmo à farmácia da ULS, e foi concluída a execução do panfleto informativo para os pais e acompanhantes, iniciado no Estágio I, atualmente aprovado e disponível em modelo da ULS (Apêndice 2).

A par da “Caixinha sem Dói Dói” construída para o Estágio I, realizado na Consulta Externa, foi igualmente realizada uma para a USF, como anteriormente referido, com objetivo de ser replicada mais tarde pelas restantes equipas nucleares, de forma a serem usadas em simultâneo nas consultas de saúde infantil. Para complemento da mesma, e usufruindo dos benefícios das novas tecnologias, foi adquirido um equipamento de realidade virtual 3D, que complementado com um “*smartphone*”, espera-se ser uma mais valia na hora da vacinação, reduzindo o stress, medo e ansiedade das crianças/jovens e famílias. De realçar que a USF, disponibiliza “*Wifi*” de acesso gratuito, o que se revela como uma substancial vantagem, para o acesso aos vídeos. Ainda neste contexto de dispositivos tecnológicos, foi proposto ao Diretor Clínico a futura aquisição do *Buzzy*®. O mesmo foi apresentado à equipa na Sessão de Formação realizada.

Verificando a importância do reforço positivo e da recompensa como intervenções não farmacológicas, solicitou-se ao gabinete de comunicação da ULS a elaboração de autocolantes para as crianças, de modo a “premiá-las”, reconhecendo o seu esforço na cooperação com o procedimento. Os mesmos encontram-se disponíveis para impressão na reprografia da ULS, e poderão ser solicitados conforme as necessidades.

A elaboração de um dossiê com documentação relativa à temática da dor em Pediatria, permitiu reunir informação atualizada, de fácil acesso a todos os elementos da equipa. Neste dossiê constam as normas do Ministério da Saúde, o GOBP da OE e o Livro da Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde do IAC. O mesmo encontra-se em fase de construção, ficando de ser constantemente atualizado pela Enfermeira Tutora.

Ao longo da realização deste estágio, no âmbito do tema do projeto, foi possível realizar questionários aos pais e acompanhantes de crianças até aos seis anos de idade (Apêndice 8), com o intuito de realizar um artigo de investigação intitulado: “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais” (Apêndice 9). Para a realização deste artigo de investigação, foram abordados pais, cuidadores formais e informais de crianças com idade entre os zero e menos de sete anos que recorreram à USF, durante o período de realização da recolha de dados (dezembro de 2018 e janeiro de 2019). Desta forma, foi apresentando o tema, objetivo geral e a colaboração requerida (preenchimento de um questionário semiestruturado, em formato de papel) (Apêndice 8).

A participação no estudo foi livre e esclarecida, e esta garantia está descrita no termo de consentimento informado, assinado pelo investigador e pelos participantes em duplicado (Apêndice 10). Toda a informação relacionada com os sujeitos foi anónima, sendo salvaguardada a confidencialidade da informação obtida e foram cumpridos os princípios da Declaração de Helsínquia e as revisões posteriores para os estudos em humanos. Não existiu qualquer previsão de danos para os sujeitos da investigação, podendo estes abandonar o estudo durante o período de investigação. Não existiram custos de participação para os sujeitos da investigação, nem compensações financeiras. Com a investigação mencionada, pretendeu-se trazer benefícios, na prestação de cuidados de qualidade às crianças e famílias.

O objetivo deste estudo de investigação, foi conhecer a perceção dos pais sobre as intervenções de alívio da dor usadas na vacinação de crianças até aos seis anos. A metodologia utilizada foi descritiva e exploratória, com uma amostra constituída por 43 participantes. Os resultados deste estudo identificam que as intervenções mais utilizadas no alívio e controlo da dor foram a “imobilização ao colo”, a “distração” e o “preparar antes/informar sobre o procedimento”. De destacar que existem participantes que referem que os enfermeiros não utilizam qualquer tipo de intervenção. Em conclusão, constatamos que apesar do uso de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas ser crucial na prestação de cuidados

humanizados, nem sempre as mesmas são usadas. A formação dos profissionais e as sessões de educação para a saúde, poderão ser cruciais na prestação de cuidados de qualidade.

A realização do artigo de investigação, permitiu-nos a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionadas com o processo de investigação científica nas suas diferentes etapas: metodologia e técnicas de colheita de dados; análise e tratamento de dados; discussão e síntese dos resultados obtidos e posterior comunicação clara e sem ambiguidades dos resultados, conclusões e todos os raciocínios subjacentes. O artigo será submetido para publicação.

Durante este último contexto de Estágio tivemos ainda a oportunidade de frequentar as XIV Jornadas do Serviço de Pediatria do CHUA, com a temática “Novas Realidades no Cuidar”, que se realizaram de 29 a 30 de novembro de 2018 (Apêndice 11). Os objetivos das jornadas prenderam-se com a discussão de temas atuais e relevantes para a prática diária de cuidados à criança/jovem, divulgação e atualização de conhecimentos na medicina da criança/jovem e valorização da relação e da comunicação entre o hospital e o centro de saúde. Concretamente, relacionado com a temática da dor, foi abordado o controlo da dor na sala de tratamentos, no qual as máximas preconizadas, que queremos preservar sempre na prestação de cuidados são: “o tratar de todo o sofrimento tratável e evitar todo o sofrimento evitável”. Estes dois dias de jornadas foram importantes, uma vez que, contribuíram para a partilha de saberes entre diferentes profissionais de saúde, o que permitiu uma troca de experiências e um conhecimento de novas realidades, sendo um momento extremamente enriquecedor não só ao nível profissional como a nível pessoal.

Em síntese, consideramos ter atingido os objetivos gerais e específicos a que nos propusemos em cada contexto de estágio, o que nos permitiu desenvolver e aprofundar competências comuns e específicas de EEESIP. Em todos os contextos de Estágio, mantivemos sempre uma escuta ativa com as crianças/jovens e famílias, facilitando a exposição das suas preocupações e receios, tendo em conta o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, envolvendo-os sempre em todas as atividades e procedimentos realizados. Foram aproveitados todos os momentos de contacto para o reforço de ensinamentos promotores do desenvolvimento da criança/jovem e família e do desenvolvimento da parentalidade. Em todas as interações com a criança, foi adequada a linguagem ao estágio de desenvolvimento e foram utilizadas estratégias motivadoras e promotoras do seu desenvolvimento.

### **3 – METODOLOGIA DE PROJETO – INTERVENÇÕES DE ALÍVIO E CONTROLO DA DOR AGUDA NA CRIANÇA DOS 0 AOS 6 ANOS**

O trabalho de projeto é uma metodologia ligada à investigação, que centra o seu objetivo principal na resolução de problemas, ou seja, baseia-se num plano de trabalho que se organiza de forma a “resolver/estudar um problema (...) que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 4). Desta forma, a metodologia de projeto pode ser definida de acordo com Guerra (1994), citado por Ruivo *et al.*, (2010), como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, possibilitando prever a mudança (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 3).

A metodologia projeto centra-se na “investigação, análise e resolução de problemas”, envolvendo sempre um trabalho em grupo, em colaboração com os investigadores e a população abrangida pelo projeto (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 4). Assim, a metodologia projeto baseia-se em características fundamentais: “pressupõe um objetivo, formulado pelos autores e executores do projeto”; prevê “iniciativa e autonomia (...) ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento”; é autêntico/genuíno; “envolve complexidade e incerteza” e por fim, “tem um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases desde a formulação do objetivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 4-5).

A realização de projetos de intervenção nos cuidados de saúde permite a “resolução ou minimização dos problemas identificados”, sendo assim, “um instrumento essencial aos cuidados de Enfermagem” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 6). Para tal, o seu planeamento pode requerer o envolvimento de vários setores sociais e económicos que condicionam a saúde da população. (Imperatori & Giraldes, 1993).

A implementação deste tipo de projetos necessita que o planeamento seja realizado a longo prazo, tendo em conta as seguintes características: ser “sucinto, exequível, que possam ser implementadas nas diferentes fases de desenvolvimento a quem o projeto se dirige” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 7). Este, deve ser periodicamente avaliado, tendo em conta a qualidade do programa bem como o seu impacto (Ruivo, *et al.*, 2010).

O planeamento é um processo contínuo onde são previstos recursos necessários de forma a atingir objetivos pré-determinados, de acordo com as prioridades estabelecidas (Tavares, 1990). O objetivo final da realização do projeto terá por base a “satisfação das necessidades identificadas”, de modo a resolver ou minimizar os problemas identificados (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 10). Porém, como não se torna possível a resolução simultânea de todos os problemas de saúde identificados, existe a necessidade de definir prioridades de atuação. Por outro lado, a utilização dos recursos deve ser de forma eficiente e eficaz, de modo a resolver um maior número de problemas, com a máxima eficácia e o menor custo (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases: a primeira fase em que se elabora o diagnóstico de situação e a definição de prioridades; a segunda fase onde se definem os objetivos; a terceira fase onde se planificam as atividades, meios e estratégias a desenvolver; a quarta fase onde se executam as atividades planeadas; a quinta fase onde se avalia as ações implementadas; e por último, a sexta fase, onde se divulgam os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo, *et al.*, 2010, p. 5). O planeamento do projeto deve ser um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993). Seguidamente serão descritas e analisadas as fases do projeto ao longo dos estágios.

### 3.1 – Diagnóstico da Situação e Definição de Prioridades

A fase de diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e compreende a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação e ou problema identificado, tendo em conta as necessidades específicas da população que será alvo do projeto (Ruivo *et al.*, 2010; Tavares, 1990). O diagnóstico da situação deverá ser realizado num curto intervalo de tempo, de modo a proporcionar uma rápida ação, estabelecendo-se as prioridades (Ruivo *et al.*, 2010).

A realização de um diagnóstico da situação em saúde tem como objetivo traçar um perfil de saúde de uma população em concreto, identificando e priorizando os problemas e necessidades dessa mesma população, clarificando as intervenções prioritárias bem como os ganhos potenciais em saúde (MS, 2016). Este é um processo exigente, uma vez que, deve relatar as necessidades da população e ao mesmo tempo deve ser rápido, claro e sucinto de modo que seja viável e exequível em tempo útil (MS, 2010b).

Para a realização de um diagnóstico da situação requer-se o conhecimento de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade. O problema de saúde traduz um estado de saúde considerado deficiente por um indivíduo ou por uma coletividade. A necessidade representa o que é fundamental para resolver o problema (Tavares, 1990). A satisfação de uma necessidade constitui parte fundamental do diagnóstico, esta pode ser real, reconhecida pelos técnicos, ou sentida pela população, muitas das vezes estas duas necessidades podem coincidir (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Kavanagh & Chadwich (2005), definem os cinco passos fundamentais para realizar um diagnóstico das necessidades em saúde, são estes:

- Definir a população alvo, os objetivos que se pretendem alcançar, os recursos necessários e os riscos;
- Identificar as prioridades em saúde, definir o perfil da população, realizar uma colheita de dados, perceber as necessidades, avaliar as condições de saúde e os fatores determinantes;
- Avaliar a prioridade de saúde, escolhendo os determinantes mais significativos e com maior impacto e delimitar intervenções efetivas;
- Planear a mudança, estabelecendo metas e intervenções, avaliar e monitorizar as estratégias definidas e gerir os riscos;
- Avançar, rever o projeto, monitorizar o impacto e estabelecer novas prioridades.

### 3.1.1 – A População – Contexto Demográfico, Social e Económico da ULS

As instituições onde realizámos o Estágio I e o contexto C do Estágio Final, pertencem à mesma ULS, que já foi abordada no capítulo 2 quando realizámos a descrição e análise do percurso formativo, referenciando à priori que seria a instituição escolhida para a aplicação do projeto. Assim, com objetivo de compreender melhor o perfil da população abrangida e identificar e analisar as necessidades consideramos pertinente realizar de forma sucinta a caracterização do contexto demográfico, social e económico, permitindo uma clarificação de toda a conjuntura envolvente do projeto.

A ULS de acordo com dados de 2017 abrange uma população que ronda os 118.446 habitantes. Do total 15.577 pertencem ao grupo etário dos 0-14 anos, 73.546 ao grupo etário dos 15-64 anos e 29.324 ao grupo etário dos 65 ou mais anos. A esta população residente acresce

ainda a população flutuante, constituída maioritariamente por estudantes, veraneantes e trabalhadores agrícolas sazonais (PORDATA, 2019; ULS [REDACTED], 2017).

A área de abrangência da ULS, a par da restante conjuntura do país, tem observado uma redução do grupo etário mais jovem, contrastando com um aumento da população com 65 ou mais anos de idade, (constituindo uma das regiões mais envelhecidas do país). A taxa de natalidade encontra-se abaixo dos valores a nível nacionais, observando-se uma elevada taxa de gravidez na adolescência. Os dados estimativos do Instituto Nacional de Estatística [INE], não visam melhorias, onde se prevê a manutenção destas realidades, com pirâmides etárias cada vez mais envelhecidas, o que traduz uma realidade pouco animadora para a região em termos de população residente (PORDATA, 2019; ULS [REDACTED], 2017).

A nível das acessibilidades, existem défices de infraestruturas e meios, acentuados por uma região de extensa área geográfica e com baixa densidade populacional, o que implica que a maioria da população tenha que percorrer grandes distâncias para aceder a serviços como a educação, a cultura, lazer e cuidados de saúde (ULS [REDACTED], 2017).

Em termos económicos a região apresenta uma forte especialização no setor agrícola, no entanto o setor do turismo e serviços tem vindo a revelar-se uma fonte potencial de crescimento económico. A taxa de atividade da população em idade ativa (15 ou mais anos), é baixa comparativamente com a média nacional, com consequente elevadas taxas de desemprego, afetando em grande parte a população feminina. Deste modo, a região apresenta-se com uma elevada taxa de beneficiários de Rendimento Social de Inserção ou Rendimento Mínimo Garantido, comparativamente com a média nacional. Por outro lado, apresenta também um elevado número de pensionistas da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações. A par de toda esta conjuntura acresce ainda o facto que ser uma região com baixo poder compra *per capita*, comparativamente com o observado a nível nacional (ULS [REDACTED], 2017).

A partir da análise do perfil da população abrangida pela ULS, podemos concluir que estamos perante uma população envelhecida, com baixo poder económico, numa área com baixa densidade populacional que condiciona más acessibilidades, complementada com uma taxa de desemprego elevada.

### 3.1.1.1 – Os Cuidados de Saúde Primários da ULS

Durante a recolha de dados considerámos pertinente a análise de dados referentes aos cuidados de saúde primários da ULS, de forma a enquadrar especificamente o contexto do projeto. Deste modo, verificámos que nas Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]/USF da ULS encontravam-se inscritos em dezembro de 2016 um total de 130.772 utentes, sendo 64.453 homens e 66.319 mulheres. Neste mesmo ano cerca de 99,2% dos inscritos tinham médico de família e no total foram registadas 450.287 consultas de medicina geral e familiar, sendo que 43.741 correspondem a consultas de saúde infanto-juvenil. Relativamente as atividades de enfermagem desenvolvidas no âmbito da vigilância e promoção da saúde dos utentes, foram realizados 331.435 contactos, dos quais 267.313 realizados nos centros de saúde. Quanto aos programas de saúde foram realizados no total 527.938 contactos, dos quais 32.462 foram referentes a saúde infantil e 4.692 a saúde juvenil. Relativamente a outras atividades como vacinação – inoculações foram realizadas 44.540, sendo destas 26.781 inoculações do PNV e 17.759 Extra-PNV (ULS, 2017).

### 3.1.2 – O Problema

A formulação de um problema constitui a fase inicial da elaboração de um projeto e tem por objetivo esclarecer uma dificuldade específica que se pretende resolver (Marconi & Lakatos, 2003; Ruivo *et al.*, 2010).

O ponto de partida para a definição do domínio do problema prendeu-se com o interesse e motivação pela temática da dor na criança. A escolha deste domínio teve em conta a premissa de que os projetos de saúde devem estar alinhados com as estratégias nacionais e regionais, de forma a dar cumprimento as metas estabelecidas (MS, 2016). Desta forma, a temática alvo do projeto, está inserida no PNPCD de 2017 (MS, 2017).

O PNPCD de 2017, dirige-se a toda a população abrangida pelo SNS e dá continuidade à visão e missão dos planos antecessores. A sua aplicação visa “promover o acesso equitativo de toda a população a cuidados de saúde no âmbito do tratamento da dor segundo as boas práticas e contribuir para a melhoria da qualidade da vida dos doentes com dor” (MS, 2017, p. 5). Para tal, preconiza até ao ano 2020 a concretização das seguintes metas: “A - Contribuir

para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor”; “B - Caracterizar a realidade no que respeita à prevalência e tratamento da dor crónica na população pediátrica”; “C - Promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde”; “D - Contribuir para a literacia dos cidadãos em relação à prevenção e controlo da dor” (MS, 2017, p. 5).

A revisão da literatura permite a realização de um exame crítico das publicações pertinentes sobre um determinado domínio (Fortin, 1999). Desta forma, após uma breve análise da literatura existente, dando enfoque para a realidade nacional, releva-se um estudo descritivo de Batalha (2013), em que é feita uma comparação entre um estudo de 2002 e um estudo de 2012 sobre a dor na criança. O autor verifica que a prevalência do tratamento não farmacológico decresceu de forma surpreendente de 72% em 2002, para 15% em 2012, sendo um facto que merece alguma reflexão. Batalha, refere que como justificação deste fenómeno pode ter contribuído a informatização dos registos, levando a uma desvalorização deste tipo de intervenções. Este facto deve ser alvo de uma reflexão, uma vez que a evidência dos cuidados prestados traduz-se em grande parte, pelos registos efetuados. Por outro lado, e fruto do contexto socioeconómico em que vivemos aos longo destas últimas décadas, possam ter conduzido a uma redução do rácio entre o número de enfermeiros por criança, bem como a complexidade das situações clínicas, que relegaram para segundo plano o controlo da dor, em detrimento de intervenções que possam comprometer a vida, indo de encontro ao modelo biomédico (Batalha, 2013).

Atendendo ao problema identificado, ou seja, a diminuição da utilização de intervenções não farmacológicas por parte dos profissionais de saúde, bem como as metas preconizadas pelo PNPCD, urge a necessidade de intervir nesta área, através do desenvolvimento de estratégias, que promovam ganhos em saúde para a população abrangida.

### 3.1.3 – Os Instrumentos de Diagnóstico

Para a identificação e validação concreta dos problemas, aos quais desejámos dar resposta existem vários métodos como: a entrevista, o questionário, a cadeia de valores; o “FMEA” (*Failure Mode and Effect Analysis*); o método *Stream Analysis* e os métodos de análise de situação como a análise “SWOT” (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) (Ruivo, *et al.*, 2010).

No primeiro contexto de estágio, como ponto de partida para o presente projeto e de forma a compreender as necessidades de intervenção, optámos por realizar numa fase inicial uma observação do contexto e a realização de uma entrevista informal, sem questões pré-determinadas, aos elementos chave da equipa (Enfermeiro Responsável e EEESIP). Ao analisar as entrevistas realizadas, podemos constatar que ambos os elementos reconheceram a necessidade de intervenção na temática da dor na criança, demonstrando-se muito motivados e disponíveis para colaborar em todas as atividades que forem delineadas. Assim, de forma a realizar um diagnóstico da situação, permitindo uma reflexão pormenorizada sobre a temática, elaborou-se uma análise “SWOT”.

A análise “SWOT” é uma das técnicas mais frequentemente utilizadas na elaboração de diagnósticos das necessidades, permitindo uma reflexão sobre os fatores positivos e negativos (Ruivo, *et al.*, 2010). Assim, delineamos as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças.

Tabela 2 – Análise de “SWOT”

	Forças	Fraquezas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância/prioridade da temática para os elementos chave da equipa (Enfermeiro Chefe/Responsável e EEESIP);</li> <li>- Equipa de enfermagem motivada e disponível para cooperar;</li> <li>- Facilidade de mudança;</li> <li>- Desenvolvimento de prática baseada na evidência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitações de recursos humanos;</li> <li>- Tempo despendido.</li> </ul>
Externas	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temática prioritária das Orientações do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor do Ministério da Saúde;</li> <li>- Disponibilidade de novas tecnologias;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjuntura socioeconómica do país;</li> <li>- Instabilidade financeira das instituições de saúde, o que pode ser um</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferta de cuidados especializados;</li> <li>- Oferta externa de recursos.</li> </ul>	<p>fator desmotivante para a adesão a novos projetos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de recursos humanos e consequente sobrecarga de trabalho;</li> <li>- Atraso na implementação por dependência de vários serviços.</li> </ul>
--	---	--

Nos seguintes contextos de Estágio, foi mantido o “fio condutor” da temática da dor na criança, em que todas as atividades desenvolvidas foram realizadas mantendo a mesma linha de estudo, e tendo em conta as necessidades manifestadas pelos elementos chaves das equipas. As mesmas serão abordadas ao longo da descrição do projeto.

No contexto C do Estágio Final, no sentido de atempadamente elaborar um diagnóstico de situação, identificando os problemas concretos para posterior determinação de prioridades, entrámos informalmente em contacto com as EEESIP da USF e o Enfermeiro Chefe. Nesta ocasião, através de uma entrevista informal, e sem questões pré-determinadas, foi apresentado o tema que planeámos desenvolver como projeto de intervenção, de forma a compreender se poderíamos dar continuidade às atividades anteriormente delineadas, estendendo-as e ampliando-as aos cuidados de saúde primários.

Da análise da entrevista informal, podemos constatar que as EEESIP e o Enfermeiro Chefe, consideraram uma área muito pertinente e diferente de todas aquelas que já tinham sido trabalhadas anteriormente na USF, reconhecendo a temática como prioritária na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Posto isto, deu-se início à formalização dos procedimentos éticos. Deste modo, foi solicitada e dada autorização pela Comissão de Ética da ULS para realizar o estudo. Para tal, foi cumprido o protocolo de submissão, através do preenchimento do formulário de submissão de pedidos relativos a estudos de investigação (Apêndice 4), entrega do *Curriculum Vitae* do investigador, dos instrumentos de colheita de dados (questionários) e os termos de consentimento informado. Foram realizados dois instrumentos de colheita de dados, uma para os profissionais (Apêndice 5) com vista ao desenvolvimento do projeto e outro para os pais (Apêndice 8) com objetivo de realizar um artigo de investigação (Apêndice 9). Face ao referido anteriormente foram também realizados dois documentos de Consentimento Informado um para os profissionais (Apêndice 12) e outro para os pais (Apêndice 10).

O Conselho de Administração da ULS aprovou a realização do projeto a 18 de dezembro de 2018 (Anexo 2).

Para elaboração do diagnóstico da situação, mais concretamente, a identificação e validação dos problemas para os quais pretendemos dar resposta, tornou-se pertinente a elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros que exercem funções na USF (Apêndice 5).

O questionário pode definir-se como “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” (Marconi & Lakatos, 2003 p. 201).

Antes da aplicação do questionário e de forma a realizar um pré-teste do mesmo, foi aplicado a três enfermeiros não pertencentes à USF. A realização de um pré-teste antes da sua utilização definitiva, permite identificar possíveis falhas e caso necessário poderá o mesmo ser reformulado (Marconi & Lakatos, 2003). Os mesmos não manifestaram dificuldades na interpretação do mesmo e prosseguiu-se para a recolha de dados.

Os enfermeiros da USF foram informados da natureza do projeto, sendo-lhes apresentando o tema, objetivo geral e a colaboração requerida (preenchimento de um questionário semiestruturado, em formato de papel). Aos enfermeiros que decidiram participar foi entregue o consentimento informado, assinado em duplicado (Apêndice 12). Os dados

recolhidos foram exclusivamente para fins académicos/investigação e conferiu-se anonimato e confidencialidade a todos os participantes.

O objetivo da realização deste questionário, foi conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a avaliação da dor na criança, bem como a perceção sobre as estratégias utilizadas na prevenção e controlo da dor aguda.

O questionário (Apêndice 5), foi composto por três partes. Uma primeira parte direcionada para os dados sociodemográficos, como o género, a faixa etária, as habilitações literárias e a experiência profissional. Uma segunda parte para as questões relacionadas com a avaliação da dor na criança. E por fim, uma terceira parte para as questões relacionadas com a prevenção e controlo da dor aguda.

As questões colocadas foram de resposta aberta e de escolha múltipla. Nas questões de resposta aberta, pretendeu-se que os participantes particularizassem as suas respostas, de modo a não induzir as mesmas. Nas questões de escolha múltipla, foi dada possibilidade do participante de optar por uma ou mais respostas, bem como de eventualmente acrescentar outra informação. Para algumas questões de escolha múltipla, optou-se por uma escala de avaliação gradual (de “nunca” até “sempre”), de modo que os participantes se classificassem de acordo com a sua posição em relação à situação.

A realização da colheita ocorreu em dezembro de 2018, na USF. Os dados obtidos foram tratados no “*software*” informático *EXCEL*®. O número total de questionários obtidos foi de nove, nenhum enfermeiro recusou participar no estudo.

A análise de conteúdo foi realizada segundo as fases propostas por Bardin: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 1977). Na análise e tratamento dos dados utilizou-se o programa informático *Microsoft Office Excel*®. A cada questionário foi atribuído um código (A1,... A9) e as respostas dadas pelos participantes foram transcritas e estruturadas graficamente.

Da leitura e análise dos questionários podemos concluir que a maioria dos enfermeiros que responderam ao questionário, foram do sexo feminino constituído 78% (7) da amostra, contrastando com 22% (2) do sexo masculino. A faixa etária mais predominante foi a dos 50-

59 com um total de 67% (6), comparativamente com 33% (3) da faixa etária dos 40-49 anos. A formação académica dos enfermeiros variou entre a licenciatura com 33% (5), pós-graduação com 22% (2) e mestrado igualmente com 22% (2). A totalidade dos enfermeiros 100% (9), possuem mais de 20 anos de exercício profissional.

Quando questionados sobre a frequência com que utilizam as escalas de avaliação da dor, 22% (2) dos enfermeiros referem que nunca usam escalas de avaliação da dor, 67% (6) refere usar raramente e apenas 11% (1) referem usar regularmente (Fig. 1).

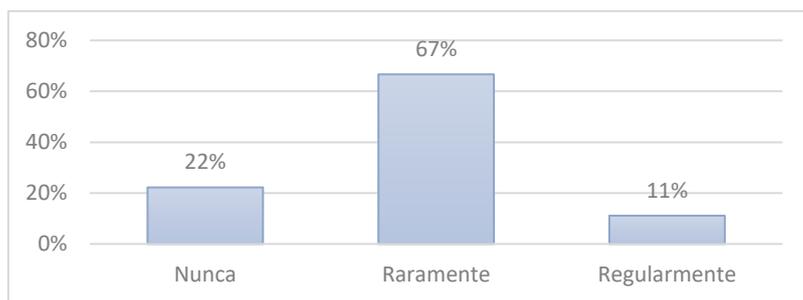


Fig. 1 - Frequência de utilização de escalas de avaliação da dor

Quando questionados sobre as escalas de avaliação da dor que conhecem, verificamos que 44% (4), referem a escala de faces, 44% (4) referem a escala numérica, 33% (3) referem a escala visual analógica, 11% (1) a escala de NIPS, igualmente com 11% (1) a escala qualitativa. De destacar que 33% (3) referem não conhecer qualquer tipo de escala de avaliação da dor (Fig. 2).

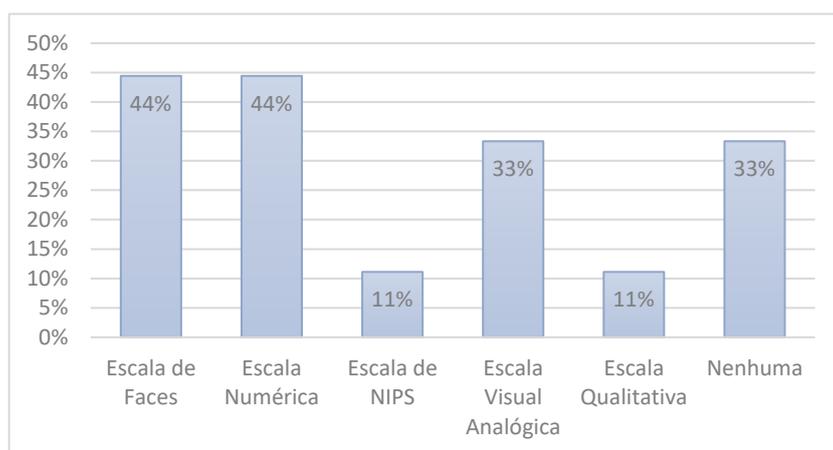


Fig. 2 - Escalas de avaliação da dor conhecidas pelos enfermeiros

Quando abordados sobre as escalas de avaliação da dor na criança utilizadas na prática clínica apuramos que, 78% (7) não utilizam escalas de avaliação da dor na criança, contrastando com 22% (2) que referem utilizar (Fig. 3).

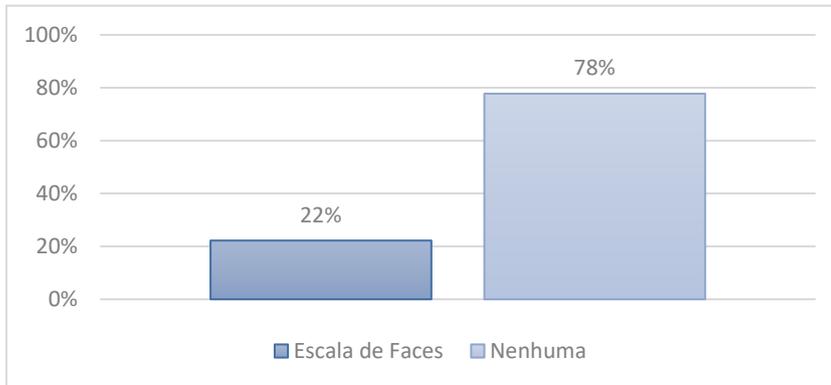


Fig. 3 - Escalas de avaliação da dor na criança utilizadas na prática clínica

As dificuldades na avaliação da dor na criança referidas pelos enfermeiros prenderam-se com desconhecimento 33% (3), falta de recursos 22% (2), falta de tempo 11% (1) e 44% (4) não especifica a dificuldade (Fig. 4).

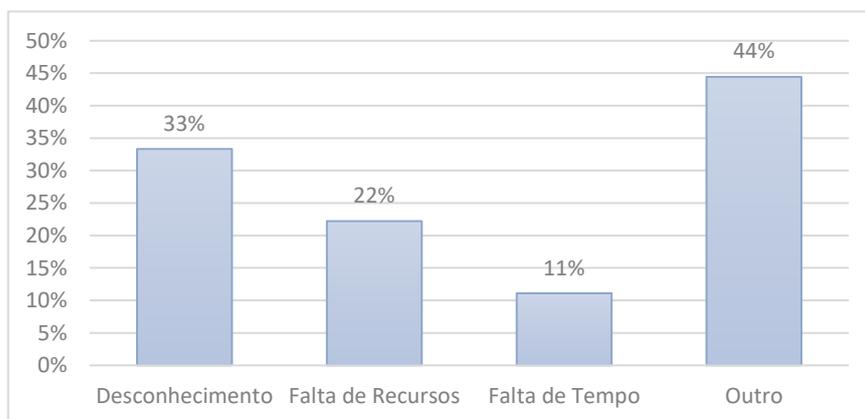


Fig. 4 - Dificuldades na avaliação da dor na criança

Da análise dos resultados sobre a frequência de utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, concluímos que 44% (4) raramente utilizam estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, 22% (2) utilizam frequentemente, 22% (2) regularmente e 11% (1) usa sempre (Fig. 5).

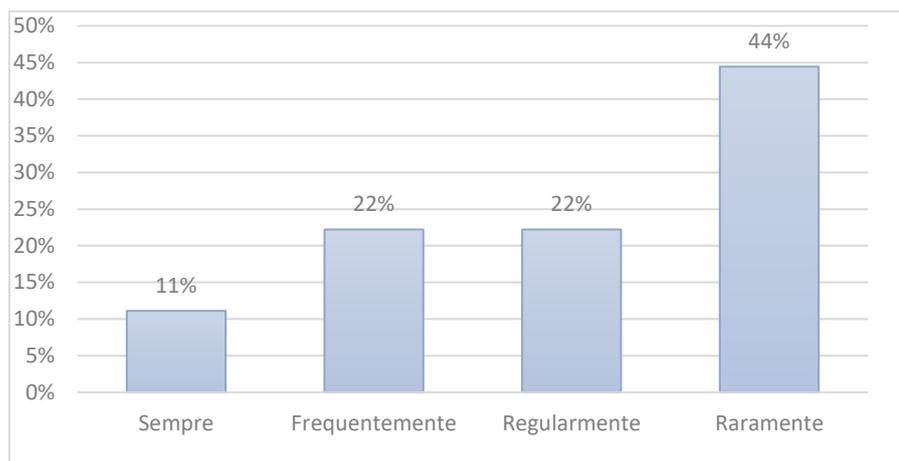


Fig. 5 - Frequência de utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança

Concretamente para a realização de injeção intramuscular ou subcutânea as estratégias referenciadas pelos enfermeiros observamos que 22% (2) refere utilizar estratégias não farmacológicas, mas não especifica quais; também com 22% (2) referem utilizar a amamentação; seguindo-se com 11% (1) o brincar, a distração, o “ficar ao colo dos pais”, a música, a massagem, o contar histórias, o contar e estratégias verbais. De destacar que 22% (2) referem não utilizar nenhuma estratégia (Fig. 6).

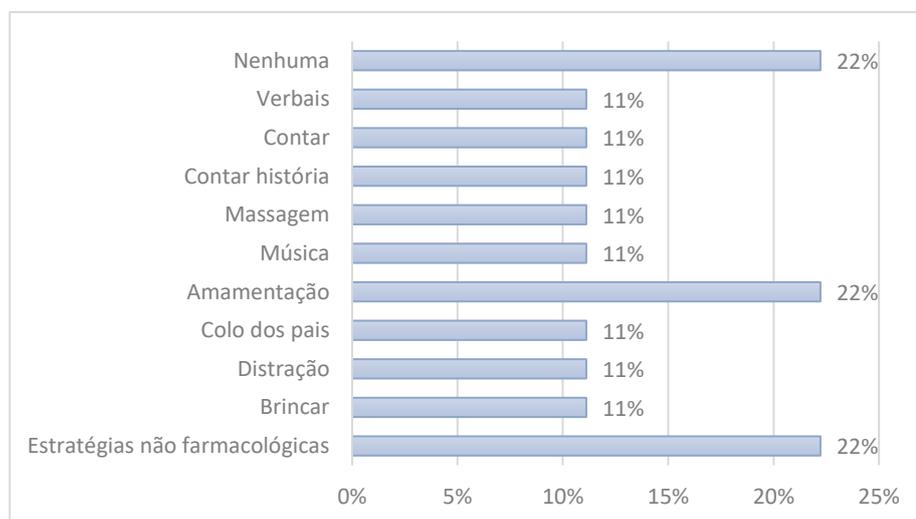


Fig. 6 - Estratégias utilizadas na alívio e controlo da dor na criança, na realização de injeção intramuscular ou subcutânea

Quando abordados sobre as estratégias utilizadas na realização de punção de calcânhar, verificamos que 56% (5) referem não usar nenhuma estratégia, 22% (2) referem ficar ao colo dos pais, 22% (2) a amamentação, 11% (1) referem utilizar a glicose e 11% (1) a massagem (Fig. 7).

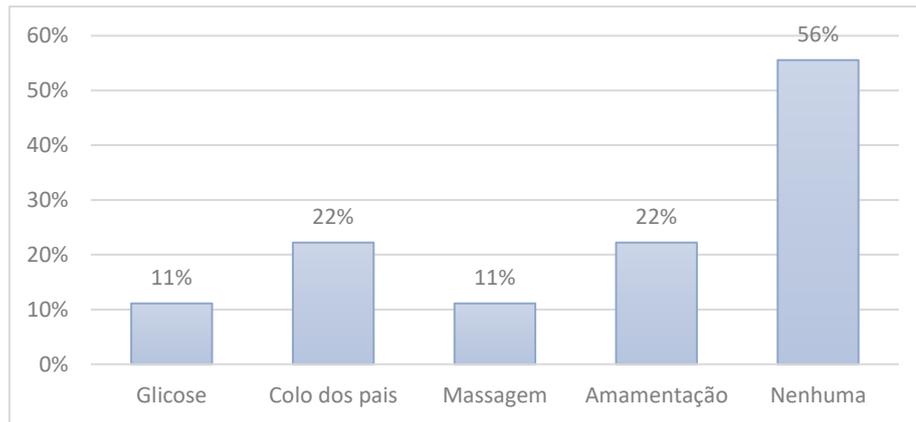


Fig. 7 - Estratégias utilizadas no alívio e controlo da dor na criança, na realização de punção de calcanhar

Quando questionados sobre as estratégias com melhores resultados obtidos, observamos que 56% (5) não respondeu à questão, 22% (2) referem o brincar, 11% (1) a distração, 11% (1) o contar uma história e também com 11% (1) refere que depende da idade (Fig. 8).

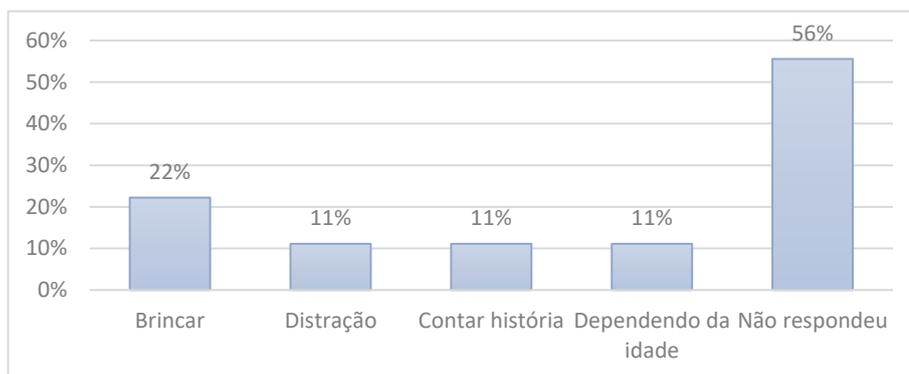


Fig. 8 - Estratégias com melhores resultados obtidos

As dificuldades na utilização de estratégias referenciadas pelos enfermeiros prenderam-se com a falta de recursos com 56% (5), falta de tempo e desconhecimento ambos com 33% (3) e 11% (1) não respondeu (Fig. 9).

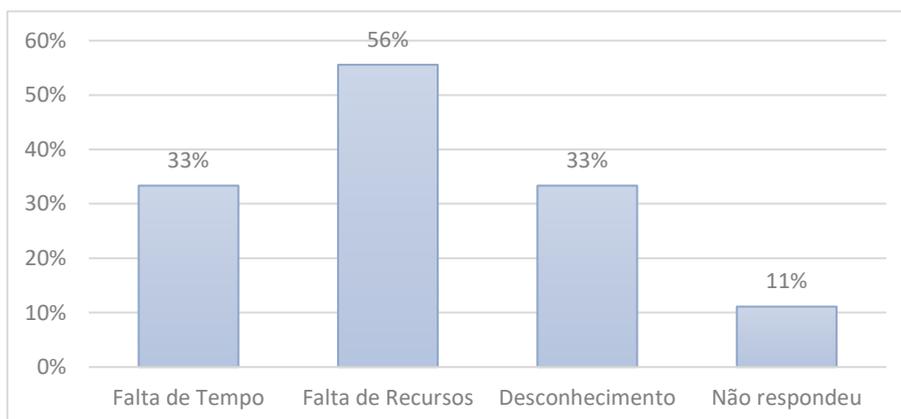


Fig. 9 - Dificuldades na utilização de estratégias para alívio e controlo da dor na criança

A partir da análise dos questionários foi possível identificar os pontos prioritários para o delineamento das intervenções do projeto. Assim, destacámos como prioridades as necessidades de:

- Promover modelos de boas práticas sobre o alívio e prevenção da dor na criança
  - Sensibilização sobre a importância da temática
  - Criação e melhoria de estratégias de alívio e prevenção da dor na criança
- Promover modelos de boas práticas sobre avaliação e registo da dor na criança
  - Sensibilização sobre a importância da temática
  - Criação de recursos para a avaliação da dor na criança

Como problemas parcelares que compõem o problema geral identificamos que a parametrização do programa informático “*SClinico*” para cuidados de saúde primários contempla apenas duas escalas de avaliação da dor (Escala Numérica e Escala de NIPS).

### 3.3 – Definição dos Objetivos

A definição dos objetivos, constitui a segunda fase da metodologia de projeto, permitindo a identificação dos resultados que se pretende alcançar, podendo estes serem específicos e gerais (Ruivo, *et al.*, 2010). Na estruturação dos objetivos deve se ter em conta que estes devem ser pertinentes/adequados às situações; precisos/exatos definindo o novo estado pretendido; realizáveis e com hipóteses de serem alcançados e mensuráveis permitindo uma avaliação posterior (Tavares, 1990). Os mesmos devem ser interdependentes e sequenciais, de forma a poderem ser hierarquizados em objetivos gerais e específicos (Tavares, 1990).

Tendo em conta o diagnóstico da situação anteriormente identificado, e a população alvo pré-definida define-se como **objetivo geral** para este projeto de intervenção:

- Contribuir para a promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos.

De forma a complementar o objetivo geral definimos os seguintes **objetivos específicos**:

- Conhecer as práticas de prevenção e controlo da dor na sala de vacinação;

- Promover a valorização e instituição de medidas de alívio e controlo da dor aguda que são eficazes e baseadas na evidência;
- Contribuir para a valorização e instituição de instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- Aumentar a literacia das famílias na minimização da dor das crianças no contexto da vacinação.

Como indicador de avaliação dos objetivos delineados, definimos que pelo menos em cada contexto de Estágio fosse implementada uma intervenção com contributos na promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos.

De seguida, passaremos à descrição das atividades de planeamento do projeto.

### 3.4 – Planeamento

O planeamento constitui a terceira fase da metodologia de projeto, onde é elaborado um plano detalhado do mesmo. Nesta fase realiza-se a calendarização das atividades a desenvolver, o levantamento de recursos, bem como as limitações condicionantes à execução do projeto (Ruivo, *et al.*, 2010).

O desenvolvimento de um cronograma de projeto é de acordo com Miguel (2006), citado por Ruivo, *et al.*, (2010), “um processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 20). Assim, a elaboração do cronograma, permite dividir o projeto em fases, realizando uma previsão do tempo necessário para cada fase. Ao longo deste processo existem várias fases que são executadas de forma simultânea e contínua, e existem outras que se encontram dependentes das anteriores (Marconi & Lakatos, 2003). Este processo é realizado ao longo do tempo, uma vez que poderão ser previsíveis vários ajustes (Ruivo, *et al.*, 2010).

Tendo em conta estas premissas, elaborámos numa fase inicial um cronograma com as etapas a desenvolver, de forma a dar resposta aos objetivos previamente delineados (Apêndice 13). Porém, como este processo é dinâmico no decorrer dos contextos de estágio, foi sucessivamente alterado e reajustado de acordo com as necessidades.

As pesquisas bibliográficas, foram uma constante ao longo de todo este processo no sentido de recolher informação atualizada e de acordo com a última evidência científica, garantindo assim a viabilidade, fiabilidade e a atualidade das informações, proporcionando contributos para a prática de enfermagem.

No planeamento do projeto considerou-se o preconizado pelo Plano Nacional de Saúde, no qual todas as intervenções em saúde devem assentar em quatro eixos estratégicos transversais: a Cidadania em Saúde; a Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde; a Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis (MS, 2015).

Dando continuidade à fase de planeamento do projeto, passaremos de seguida a descrever as atividades e estratégias desenvolvidas, bem como os meios utilizados.

#### 3.4.1 – Atividades, Estratégias e Meios

As atividades são de acordo com Miguel (2006), citado por Ruivo, *et al.*, (2010), “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 20).

As estratégias de saúde integram as intervenções e processos através dos quais são satisfeitas as necessidades de saúde pré-definidas como prioritárias (MS, 2016). A seleção destas mesmas estratégias deve ter em conta: os determinantes associados aos problemas de saúde, desta forma uma estratégia pode intervir em vários determinantes de saúde; a adoção das estratégias com uma melhor relação entre o custo e o benefício e a utilização de estratégias com maior retorno em ganhos de saúde e que operem preferencialmente em vários problemas (MS, 2016).

As atividades/estratégias planeadas para dar cumprimento aos objetivos previamente definidos prenderam-se com a realização de sessões de formação para a equipa multidisciplinar sobre “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”; a realização e revisão de procedimentos sobre a temática da dor na criança; a construção de “Caixinhas Sem Dói Dói”; a aquisição de dispositivos *Buzzy*® e de realidade virtual; a elaboração de folhetos e autocolantes; a solicitação de sacarose a 24% e *EMLA*® creme a farmácia da ULS e a

solicitação da parametrização das escalas de monitorização da dor, no programa informático “*SClinico*”, para os cuidados de saúde primários.

Os meios necessários podem ser definidos de acordo com Miguel (2006), referenciado por Ruivo *et al.*, (2010), “na determinação de quais os recursos – pessoas, equipamentos, materiais – necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto”. Cabe aos responsáveis/líderes do projeto a seleção dos meios mais convenientes de acordo com os seus objetivos (Ruivo *et al.*, 2010, p. 21).

A realização de um projeto deve ter em conta uma lógica de economia de recursos, de modo a promover intervenções que tenham o menor custo-efetividade, combatendo os desperdícios e mantendo uma política de equidade no acesso à saúde (MS, 2016). Deste modo, quanto melhor adequação existir entre o problema e as necessidades de saúde, maior serão os ganhos de saúde (MS, 2016). Assim, quanto ao levantamento dos recursos necessários para a implementação do projeto, contamos com recursos humanos, materiais e financeiros.

Os recursos humanos indispensáveis à concretização do projeto foram os responsáveis/líderes do projeto, a Enfermeira Tutora e Enfermeiro Chefe da USF, contamos também com a Enfermeira Tutora do Estágio I, Enfermeira Chefe e Enfermeira responsável pelo Gabinete de Qualidade da ULS, equipa multidisciplinar da USF e da Consulta Externa de Pediatria; Enfermeiros responsáveis pela parametrização do programa informático “*SClinico*”. De entre outros profissionais, contamos com Farmacêuticos, Técnica de Comunicação e Marketing da ULS, equipa da reprografia da ULS e representante da indústria farmacêutica.

Os recursos financeiros necessários foram reduzidos e suportados pela ULS, pelo representante da indústria farmacêutica e pelos responsáveis do projeto.

Na seguinte tabela, para uma melhor compreensão, são apresentadas as atividades/estratégias desenvolvidas para cada objetivo específico delineado, bem como os recursos humanos e materiais despendidos.

Tabela 3 – Atividades/estratégias, recursos humanos e recursos materiais

<b>Objetivos Geral:</b> Contribuir para a promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos.			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades/Estratégias a Desenvolver</b>	<b>Recursos Humanos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
- Conhecer as práticas de prevenção e controlo da dor na sala de vacinação.	- Realizar e aplicar um questionário aos enfermeiros da USF, com objetivo de conhecer a sua perceção sobre a avaliação da dor e as estratégias utilizadas na prevenção e controlo da dor aguda na criança.	- Responsáveis do Projeto; - Equipa de Enfermagem da USF; - Equipa Multidisciplinar da Comissão de Ética da ULS.	- Computador; papel A4; impressora e <i>software: Word e Excel.</i>
- Promover a valorização e instituição de medidas de alívio e controlo da dor aguda que são eficazes e baseadas na evidência.	- Realização uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”.	- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Equipa Multidisciplinar da USF.	- Sala de reuniões; computador; internet (bases de dados eletrónicas); <i>pendrive</i> ; papel A4; impressora; projetor; tela de projeção; <i>software: Word, Powerpoint e Publisher; pendrive</i> ; material didático/lúdico; sacarose a 24%; EMLA® creme; dispositivo Buzzy®; dispositivo de realidade virtual e escalas de monitorização da dor.
	- Revisão do Procedimento da Administração da Sacarose a 24%, para a ULS.	- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Equipa Multidisciplinar da USF;	- Computador; internet (bases de dados eletrónicas); <i>software: Word e escalas de</i>

		- Equipa do gabinete de qualidade da ULS.	monitorização da dor.
- Implementação do Procedimento da Administração da Sacarose a 24% na USF.		- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Equipa Multidisciplinar da USF; - Equipa do gabinete de qualidade da ULS.	
- Solicitar à farmácia da ULS a distribuição de solução de Sacarose a 24% e de <i>EMLA</i> ® creme para a USF.		- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Equipa Multidisciplinar da USF; - Farmacêuticos da ULS.	- Computador.
- Construir uma caixa com material didático/lúdico intitulada de “Caixinha Sem Dói-Dói” para a USF e para a Consulta Externa de Pediatria da ULS.		- Responsáveis do Projeto.	- Computador; papel autocolante; impressora; <i>software: Word</i> e material didático/lúdico.
- Adquirir um dispositivo de realidade virtual para a USF.		- Responsáveis do Projeto.	- Dispositivo de realidade virtual.
- Adquirir um dispositivo <i>Buzzy</i> ® para a Consulta Externa de Pediatria da ULS.		- Responsáveis do Projeto; - Representante da indústria farmacêutica.	- Dispositivo <i>Buzzy</i> ®.
- Propor a aquisição de um dispositivo <i>Buzzy</i> ® para a USF.		- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Equipa Multidisciplinar da USF.	
- Solicitar ao gabinete de comunicação e marketing a realização de autocolantes para		- Responsáveis do Projeto;	- Computador, papel autocolante e impressora.

	as crianças, como forma de reforço positivo.	- Equipa do gabinete de comunicação e <i>marketing</i> da ULS; - Equipa da reprografia da ULS.	
	- Elaborar um dossiê com documentação relativa à temática da dor em Saúde Infantil e Juvenil.	- Responsáveis do Projeto.	- Computador; internet (bases de dados eletrónicas); dossiê; papel A4 e impressora.
- Contribuir para a valorização e instituição de instrumentos de avaliação da intensidade da dor	- Realização uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”.	- Responsáveis do Projeto.	- Sala de reuniões; computador; internet (bases de dados eletrónicas); <i>pendrive</i> ; papel A4; impressora; projetor; tela de projeção; <i>software</i> : <i>Word</i> , <i>Powerpoint</i> e <i>Publisher</i> ; <i>pendrive</i> ; material didático/lúdico; sacarose a 24%; EMLA® creme; dispositivo <i>Buzzy</i> ®; dispositivo de realidade virtual e escalas de monitorização da dor.
	- Solicitar a parametrização das escalas de monitorização da dor, no programa informático “ <i>SClinico</i> ”, nos cuidados de saúde primários.	- Responsáveis do Projeto; - Enfermeiro Chefe; - Enfermeiros responsáveis pela parametrização do programa informático “ <i>SClinico</i> ”.	- Computador e internet.
- Aumentar a literacia das famílias na minimização	- Elaborar um folheto informativo para os pais e	- Responsáveis do Projeto;	- Computador; internet (bases de dados eletrónicas);

da dor das crianças no contexto da vacinação.	acompanhantes da ULS, sobre a aplicação de <i>EMLA</i> ®.	- Equipa Multidisciplinar da Consulta Externa de Pediatria e da USF; - Equipa do gabinete de qualidade da ULS; - Equipa do gabinete de comunicação e <i>marketing</i> da ULS; - Equipa da reprografia da ULS.	papel A4; <i>software: Publisher</i> e impressora.
---	---	--	--

### 3.5 – Execução

A execução compreende a quarta etapa da metodologia de projeto, onde tudo que foi planeado anteriormente é colocado em prática, ou seja, é nesta fase que se efetivam as atividades/estratégias anteriormente delineadas (Ruivo *et al.*, 2010).

A fase da execução é a que tem mais pontos em comum com as anteriores e posteriores etapas do projeto, assumindo grande importância para os participantes, pois possibilita a sua implementação através das ações previamente planeadas (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo *et al.*, 2010).

Nesta fase, o papel do orientador reflete-se de extrema importância, uma vez que este como elemento ativo, participante e coordenador do projeto, pode disponibilizar recursos humanos e materiais para a sua concretização. Esta fase é também onde se realiza uma pesquisa ativa de dados e informações que contribuam para a resolução dos problemas identificados, de acordo com uma adequada divisão de tarefas e gestão de tempo (Ruivo *et al.*, 2010).

Com descrito anteriormente, para o delineamento e definição de prioridades estratégicas optou-se inicialmente pela observação dos contextos e a realização de entrevistas informais aos elementos chave das equipas.

Neste sentido, e como previamente referenciado na descrição do percurso formativo (capítulo 2), no contexto A do Estágio final, em colaboração com a Enfermeira Tutora, contribuimos com pesquisa bibliográfica para a atualização do procedimento “Cuidados com a

Pele do Recém-Nascido”, com objetivo de dar resposta à percentagem de humidade que deve ser programada na incubadora, de acordo com a idade gestacional do RN.

No contexto de estágio B, dando continuidade a estas premissas verificámos a necessidade da existência no serviço de uma norma de avaliação da dor direcionada para a população pediátrica, e neste âmbito procedemos à realização da mesma, esta encontra-se ainda em fase de aprovação, pelo que ainda aguardamos resposta sobre possíveis necessidades de retificação da mesma (Apêndice 3). Para a elaboração da norma foi necessária uma procura ativa de dados bibliográficos, de forma a que nesta tivesse presente a mais recente evidência científica, proporcionando cuidados atualizados e de excelência.

No contexto C de estágio, local onde concretamente aplicámos este projeto, mantivemos esta busca constante de conteúdo bibliográfico, contribuído desta forma, para a resolução dos problemas previamente detetados e dando resposta aos objetivos traçados. Como anteriormente referido, na fase inicial deste contexto de estágio, com o intuito de definir prioridades de atuação, optámos pela realização e aplicação de questionários aos enfermeiros da USF. Após a análise dos questionários e cientes que o investimento na sensibilização/formação dos profissionais no âmbito da dor, tem demonstrado ganhos evidentes na qualidade dos cuidados (Batalha, 2013), surgiu a necessidade de realizar uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar e estudantes de enfermagem sobre “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”. Neste contexto foi elaborado um plano de sessão formativa de acordo com o modelo da unidade formativa da ULS (Anexo 3) e divulgado na USF, através da sua afixação nos pontos principais da mesma e divulgação oral pelos vários elementos da equipa. Posteriormente, foi elaborado um plano de sessão onde se abordou as fases da sessão de formação, os conteúdos programáticos, o tempo necessário para a apresentação dos conteúdos, a metodologia, os recursos (humanos, físicos e materiais), os meios auxiliares e os constrangimentos previsíveis (Apêndice 14).

O contacto direto com o programa informático “*SClinico*”, permitiu-nos constatar que a parametrização existente das escalas de avaliação da dor apenas contempla a Escala Numérica e a Escala de NIPS. Com uma exploração mais detalhada, verificou-se que as escalas parametrizadas, não apresentavam os critérios de avaliação, o que pressupõe que os utilizadores tenham que ter um prévio conhecimento de todos os parâmetros a avaliar pelas escalas, ou implica a existência de escalas em “suporte papel”. Ou seja, o programa informático apenas

permite a colocação direta do *score*, não informando o utilizador dos parâmetros a avaliar. Por outro lado, uma vez que não existem escalas de avaliação adaptadas as várias faixas etárias e níveis de compreensão, o registo da mesma só poderá ser realizado como “nota geral” ou “nota associada”, o que naturalmente não se torna prático para prestação de cuidados. Este facto foi evidenciado pelos enfermeiros da USF, referindo nos questionários que uma das dificuldades na avaliação da dor na criança era a falta de recursos (22%).

Esta situação não se verifica no programa informático “*SClinico*” direcionado para os cuidados hospitalares, em que existe uma variedade de escalas de avaliação da dor, adaptadas aos diversos contextos. Deste modo, após discussão com a Enfermeira Tutora e com o Enfermeiro Chefe, foi sugerido à enfermeira responsável pela parametrização do “*SClinico*” da USF, a integração das escalas de monitorização da dor existente no “*SClinico*” hospitalar, no “*SClinico*” dos cuidados de saúde primários, permitindo que ambos os profissionais possam realizar uma avaliação e registo uniformizado. Uma correta parametrização destes dados, permitirá uma análise posterior dos mesmos, contribuindo para a determinação de eventuais necessidades de atuação. Aguarda-se pela próxima reunião da equipa responsável pela parametrização do “*SClinico*”, no qual a enfermeira responsável pela parametrização da USF irá expor a situação.

Considerando que os recursos são escassos e que devem ser geridos de forma correta, combatendo desperdícios e mantendo uma equidade de acesso aos mesmos. Comparando os recursos existentes na ULS, para alívio e controlo da dor, em contexto hospitalar e os recursos existentes nos cuidados de saúde primários, verificámos que o contexto hospitalar (Serviço de Pediatria, Unidade de Neonatologia, Urgência Pediátrica e Consulta Externa), dispõe de Sacarose a 24% (solução preparada na farmácia da ULS) e *EMLA*® creme. Conhecendo previamente todos os benefícios e importância dos mesmos como estratégias de alívio e controlo da dor na criança, e tendo em conta a frequência com que são realizados procedimentos dolorosos nos cuidados de saúde primários, nomeadamente a vacinação. Em conjunto com a Enfermeira Tutora e Enfermeiro Chefe, foi enviado um pedido à farmácia da ULS, de forma que os mesmos possam fazer parte da medicação disponível da ULS. Estes procedimentos formais, apesar de aparentemente simples, requerem várias autorizações de diversos intervenientes e atualmente o mesmo ainda se encontra em fase de autorização.

Neste contexto, observou-se que o procedimento já existente da administração de Sacarose a 24% da ULS se encontrava desatualizado (datado de 2008), apenas formalizado para RNs e abrangendo somente a Unidade de Neonatologia e o Serviço de Urgência Pediátrica da ULS, apesar de oficialmente o mesmo ser aplicado em todos os contextos pediátricos do hospital. Perante esta constatação, propusemo-nos desde logo à atualização deste procedimento, com o intuito de realizar uma revisão do mesmo, atualizando-o para crianças até ao primeiro ano de vida, de acordo com a última evidência científica. Quanto à sua aplicação, propusemos o seu alargamento a todos os serviços pediátricos hospitalares não contemplados no procedimento (Serviço de Pediatria e Consulta Externa de Pediatria), bem como o seu alargamento a todos aos cuidados de saúde primários da ULS. Deste modo, o procedimento da “Administração de Sacarose para o Alívio da Dor no Recém-Nascido e Primeiro Ano de Vida” encontra-se atualmente em fase de aprovação pelo gabinete de qualidade da ULS (Apêndice 7).

Relativamente à disponibilização de *EMLA*® creme na USF, foi igualmente solicitado o mesmo à farmácia da ULS, e aguarda-se aprovação para o fornecimento do mesmo. Neste âmbito, como anteriormente referenciado, por necessidade manifestada pela Enfermeira Tutora do Estágio I, sobre a importância da existência de um guia orientador para os pais e acompanhantes, para o esclarecimento de dúvidas sobre a aplicação do *EMLA*®, propusemos a realização de um panfleto informativo (Apêndice 2). Inicialmente o panfleto estaria direcionado apenas para a Consulta Externa de Pediatria, mas após interesse manifestado pela Enfermeira Tutora do Contexto C do Estágio Final, na sua disponibilização, o mesmo foi reformulado abrangendo ambos os contextos de cuidados. O panfleto contempla os procedimentos mais frequentes, proporcionando um guia rápido sobre o modo de aplicação, contraindicações e reações adversas, este já se encontra aprovado pela ULS, estando disponível como modelo  na reprografia para impressão.

De forma a proporcionar uma maior diversidade de estratégias não farmacológicas de alívio e controlo da dor as crianças da Consulta Externa de Pediatria e da USF, foi criada para ambas uma “Caixinha Sem Doí Doí” (Fig. 10 e Fig. 11).



Fig. 10 – “Caixinha Sem Dói Doí” – I



Fig. 11 – “Caixinha Sem Dói Doí” – II

O GOBP da OE, recomenda como norma de boas práticas a construção de um “Kit”, com material didático e lúdico, permitindo o desenvolvimento de estratégias comportamentais, cognitivas e sensoriais que favoreçam o controlo da dor associado a procedimentos dolorosos que estimulem a criatividade e a cooperação dos vários intervenientes, através do brincar (OE, 2013). Tendo em conta estas premissas elaborámos então duas “Caixinhas Sem Doí Doí”, adaptadas a crianças até sensivelmente aos seis anos de idade. As caixas foram constituídas por brinquedos com texturas, cor e som; bolas de sabão; livros; jogos de encaixe; telemóvel de brincar; roca e pandeireta.

Numa próxima etapa, propomos que a mesma seja alargada as seguintes faixas etárias, bem como a aquisição de uma caixa por cada equipa de trabalho da USF, numa totalidade de nove “kits”.

Como complemento destas estratégias não farmacológicas, entrou-se em contacto com a *Buzzy®* Portugal, sobre a possibilidade de aquisição de um dispositivo. A resposta da empresa de marca nacional de produtos e serviços na área da saúde e nutricionismo foi positiva, oferecendo um dispositivo à Consulta Externa de Pediatria da ULS (Fig. 12).



Fig. 12 – Dispositivo *Buzzy®*

Considerando o facto da USF disponibilizar de financiamento próprio, foi proposto ao Diretor Clínico a aquisição de dispositivos *Buzzy*®. No entanto, aguarda-se aprovação e financiamento para a sua aquisição.

Aproveitando os benefícios atuais das novas tecnologias, como complemento da “Caixinha Sem Doí Doí”, foi adquirido um equipamento de realidade virtual 3D (Fig. 13), que com auxílio de um “*smartphone*”, espera-se ser uma mais valia na redução do medo, ansiedade e stress das crianças/jovens e famílias durante a realização de procedimentos invasivos. A



disponibilidade gratuita de “*Wifi*” por todo o edifício da USF, revela-se como uma mais valia na consecução desta estratégia, permitindo também a sua utilização individual (por exemplo: a visualização de vídeos, colocação de música, disponibilização de jogos virtuais e interativos), ou em conjunto com outras.

Fig. 13 – Óculos de Realidade Virtual

Refletindo sobre a importância do reforço positivo e da recompensa, como estratégias não farmacológicas simples e com elevados benefícios, e mantendo ciente a consciencialização para uma adequada gestão dos recursos disponíveis, solicitou-se a contribuição do Gabinete de Comunicação e Marketing da ULS, para a elaboração de autocolantes para as crianças, com objetivo de as “premiar”, reconhecendo o seu esforço e cooperação com o procedimento. Foram então elaborados quatro autocolantes diferentes, tendo por base a temática dos “super-heróis” (Anexo 4). Os mesmos encontram-se disponíveis na reprografia da ULS, podendo ser solicitados conforme as necessidades por todos os serviços da ULS.

Não descurando a importância da bibliografia e de modo a permitir um fácil acesso a informação atualizada sobre a temática da dor, a todos os elementos da equipa, foi elaborado um dossiê informativo para a USF. A realização do mesmo pretende disponibilizar para consulta as normas do Ministério da Saúde relativas à Dor na criança, o GOBP da OE e o Livro da Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde do IAC. A sua elaboração encontra-se naturalmente em fase de construção, ficando de ser regularmente atualizado pela Enfermeira Tutora.

### 3.6 – Avaliação

A avaliação do projeto tem como objetivo determinar de forma sistemática a eficácia e o impacto do mesmo na satisfação das necessidades prioritárias definidas, aferindo desta forma o grau de cumprimento das metas estabelecidas (MS, 2016). Assim, a avaliação e a monitorização são uma forma de verificar se o projeto está a ser executado de acordo com o planeado inicialmente, permitindo uma compreensão do seu impacto na população-alvo, o que possibilita a definição de eventuais estratégias para a melhoria da sua eficiência (McNamara, 1998).

Na fase de avaliação podem se distinguir-se vários momentos, ou seja, a avaliação intermédia/depuração e avaliação final do projeto. A primeira avaliação é realizada em simultâneo com a execução do projeto e a segunda na fase final do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

Uma das características da Metodologia Projeto prende-se com o facto da avaliação ser realizada de uma forma contínua (Ruivo *et al.*, 2010). Neste sentido, Carvalho *et al.*, (2001), referenciados por Ruivo *et al.*, (2010) define quatro tipos de avaliação: “a operatória” orientada para a tomada de decisão e ação; “a permanente” que é desenvolvida ao longo do projeto; “a participante” que “associa todos os elementos que participaram no processo às práticas de avaliação, facilitando a troca de experiências e resultados” e “a formativa” que contempla a avaliação e análise crítica realizada após a apresentação do projeto (Ruivo *et al.*, 2010, p. 25-26).

Estando cientes que a implementação deste projeto, não foi ainda possível na sua totalidade, por questões que se prendem com limitações temporais, existindo deste modo atividades/estratégias a decorrer, não será possível a avaliação do mesmo na sua globalidade. Desta forma, e tendo em conta as premissas anteriormente abordadas sobre os tipos de avaliação, iremos realizar uma avaliação intermédia/depuração de modo a refletir sobre o percurso até este momento.

Quando realizámos a definição dos objetivos do projeto, delineamos que como indicador de avaliação dos mesmos, seria a implementação em cada contexto de Estágio de pelo menos uma intervenção com contributos na promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos. Avaliando este ponto podemos concluir que o objetivo

foi cumprido, uma vez que em todos os contextos de Estágio foram realizadas intervenções com contributos na promoção de intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos.

No que respeita aos objetivos específicos definidos, será realizada uma abordagem individualizada de modo a avaliar as atividades/estratégias que conseguimos alcançar e as que se encontram a decorrer. Para uma melhor clarificação expomo-los de seguida em formato de (Tabela 4).

Tabela 4 – Atividades/estratégias atingidas e a decorrer

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Atingido	A Decorrer
- Conhecer as práticas de prevenção e controlo da dor na sala de vacinação.	- Realizar e aplicar um questionário aos enfermeiros da USF, com objetivo de conhecer a sua perceção sobre a avaliação da dor e as estratégias utilizadas na prevenção e controlo da dor aguda na criança.	√	
- Promover a valorização e instituição de medidas de alívio e controlo da dor aguda que são eficazes e baseadas na evidência.	- Realização uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”.	√	Programada nova Sessão de Formação para o corrente ano.
	- Revisão do Procedimento da Administração da Sacarose a 24%, para a ULS.	√	Aguarda-se aprovação pelo Gabinete de Qualidade da ULS.
	- Implementação do Procedimento da Administração da Sacarose a 24% na USF.		Aguarda-se aprovação pelo Gabinete de Qualidade da ULS.
	- Solicitar à farmácia da ULS a distribuição de solução de Sacarose a 24% e de EMLA® creme para a USF.	√	Aguarda-se aprovação para o fornecimento do mesmo.
	- Construir uma caixa com material didático/lúdico intitulada de “Caixinha Sem Dói-Dói” para a USF e para a Consulta Externa de Pediatria da ULS.	√	Propõe-se para uma próxima fase, a aquisição de material didático/lúdico alargado a mais faixas etárias, bem como a aquisição de uma caixa por cada equipa de trabalho da

			USF, numa totalidade de nove.
	- Adquirir um dispositivo de realidade virtual para a USF.	√	
	- Adquirir um dispositivo <i>Buzzy</i> ® para a Consulta Externa de Pediatria da ULS.	√	
	- Propor a aquisição de um dispositivo <i>Buzzy</i> ® para a USF.	√	Aguarda-se aprovação e financiamento para a sua aquisição.
	- Solicitar ao gabinete de comunicação e marketing a realização de autocolantes para as crianças, como forma de reforço positivo.	√	
	- Elaborar um dossiê com documentação relativa à temática da dor em Saúde Infantil e Juvenil.	√	Dossiê em constante atualização.
- Contribuir para a valorização e instituição de instrumentos de avaliação da intensidade da dor.	- Realização uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”.	√	Programada nova Sessão de Formação para o corrente ano.
	- Solicitar a parametrização das escalas de monitorização da dor, no programa informático “ <i>SClinico</i> ”, nos cuidados de saúde primários.	√	Aguarda-se pela próxima reunião da equipa parametrizadora do “ <i>SClinico</i> ”, no qual a enfermeira responsável pela parametrização da USF irá expor a situação.
- Aumentar a literacia das famílias na minimização da dor das crianças no contexto da vacinação.	- Elaborar um folheto informativo para os pais e acompanhantes da ULS, sobre a aplicação de <i>EMLA</i> ®.	√	

Posto isto, um dos instrumentos específicos de avaliação de uma das atividades desenvolvidas, foi a avaliação da sessão de formação, realizada por meio do Questionário de Avaliação da Unidade Formativa da ULS (Anexo 5). Os parâmetros de avaliação definidos pelo questionário são: a metodologia utilizada; a clareza da exposição; domínio dos conteúdos

abordados e a resposta às necessidades. Estes mesmos parâmetros são avaliados de forma gradual numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto. Do total dos 9 formandos que estiveram presentes na sessão de formação 8 classificaram todos os domínios em 5, e 1 formando classificou todos os domínios em 4.

O questionário da avaliação da sessão também compreende avaliação da sua eficácia de acordo com os objetivos atingidos. Verificámos que todos os formandos referiram ter atingido os objetivos da sessão.

Perante esta análise, podemos concluir que a formação foi de encontro aos objetivos delineados, tendo sido um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A pouca afluência à sessão de formação prendeu-se com os constrangimentos inicialmente previstos, que foi a conciliação das atividades da equipa multidisciplinar com o horário da sessão de formação. Perante tal facto e dado o interesse da equipa, sugeriu-se nova apresentação a programar ao longo deste ano corrente.

### 3.7 – Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados do projeto permite dar a conhecer à população e/ou outras entidades a pertinência do mesmo, bem como o trajeto percorrido para a resolução de um problema. Assim, a divulgação deve ser devidamente planeada, possibilitando à população e/ou entidades o conhecimento de todos os esforços realizados para a melhoria dos cuidados prestados, contribuindo para o desenvolvimento de informação científica e servindo como exemplo para outras instituições ou serviços (Ruivo *et al.*, 2010).

Com vista na divulgação do presente projeto, ainda que em fase de execução, o mesmo foi abordado durante a reunião interna do grupo de formação da ULS. A presente divulgação do projeto permitiu que o grupo de formação da ULS tivesse conhecimento do mesmo, o que suscitou por parte de vários colegas o interesse pela aplicação do mesmo noutras instituições de cuidados de saúde primários da ULS. Este reconhecimento e valorização do projeto aumentou a motivação perante a sua execução e implementação. Deste modo, definimos como uma meta posterior o seu efetivo alargamento a todas as instituições da ULS, fomentando uma equidade no acesso à saúde, bem como a qualidade dos cuidados prestados e a literacia dos cidadãos em saúde (de realçar que a aplicação dos questionários aos pais das crianças,

despertou-os para a importância da temática, nomeadamente no que concerne à sua ação como parceiros ativos dos profissionais de saúde).

Posto isto, a redação de um relatório, onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do projeto, emerge como um requisito obrigatório para a realização do mesmo. Deste modo, a realização de um trabalho escrito permite organizar, sistematizar e interpretar a informação, convertendo essa mesma formação em conhecimento (Ruivo *et al.*, 2010). Assim, esperamos que a realização do mesmo tenha proporcionado não só a transmissão de informação, mas também de conhecimento e que a sua elaboração seja uma futura inspiração para novos projetos.

#### **4 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

A prática de enfermagem assenta na “agregação das dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo concreto, procurando a máxima satisfação do cliente” (Nunes, 2017, p. 13). Assim, a disciplina de enfermagem “assenta num julgamento clínico, nos conhecimentos (que suportam a determinação de necessidades, diagnóstico, prescrição e avaliação) e na responsabilidade profissional” (Nunes, 2017, p. 13).

Os enfermeiros são profissionais detentores de elevados conhecimentos que “cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo tempo” (Benner, 2001, p. 201). De acordo com Benner (2001), existem cinco níveis de perícia em enfermagem, os iniciados, os iniciados avançados, os competentes, proficientes e os peritos. Estes últimos, compreendem de maneira intuitiva cada situação que se deparam, fortalecidos pela prática clínica (Benner, 2001). Nesta perspetiva, compreende-se que a procura pela evolução dentro destas fases é algo também inerente ao desenvolvimento de competências em enfermagem, competências estas que se encontram descritas pela OE e identificadas como necessárias para que seja possível atingir o grau de especialista.

Ao longo do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, cada Unidade Curricular foi um contributo para o desenvolvimento de competências de EEESIP e de Mestre em enfermagem. A componente teórica de cada unidade curricular possibilitou-nos a aquisição e o desenvolvimento de competências, que fomentaram o nosso posterior desempenho na parte prática.

Neste contexto, podemos destacar a unidade curricular de epistemologia, ética e direito em enfermagem, que nos proporcionou o desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A unidade curricular formação e supervisão em enfermagem, permitiu-nos compreender a atuação do enfermeiro especialista na promoção da formação ao longo de todo o percurso profissional, de modo a garantir a qualidade e a adequação dos cuidados. Os conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo desta unidade curricular possibilitaram-nos o

desenvolvimento de diversas atividades de estágio, nomeadamente a elaboração de um diagnóstico de necessidade de formação, o posterior planeamento e a execução da sessão de formação realizada para os profissionais de saúde da USF. A disciplina de investigação em enfermagem contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos focalizados na prática baseada na evidência, de forma a garantir a qualidade e a adequação dos cuidados, na constante necessidade de atualização dos conhecimentos, devido ao desenvolvimento progressivo da ciência e da tecnologia. A unidade curricular de projetos de intervenção em saúde infantil e pediátrica visou o “*empowerment*” para conceber, planear, intervir e avaliar o projeto de intervenção realizado. A unidade curricular de enquadramento concetual em saúde infantil, a par das disciplinas de saúde infantil e pediátrica e de enfermagem de saúde infantil e pediátrica permitiram-nos a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem, de nível avançado a crianças/jovens e famílias.

A unidades curriculares Estágio I e Estágio Final, nos diferentes contextos realizados, permitiram colaborar e prestar de cuidados ao longo do ciclo vital da criança/jovem e família, o que nos possibilitou consolidar, desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas no planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados. A escolha dos locais de estágio foi realizada de acordo com os objetivos delineados para as unidades curriculares, adjacentes ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem, bem como às necessidades de aprendizagens individuais.

#### 4.1 – Competências de Mestre em Enfermagem

O artigo 15º do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, referente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior que regulamenta o regime jurídico para a obtenção dos graus académicos ou diplomas de técnico superior profissional, refere as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre. Deste modo, é conferido o grau de Mestre aqueles que demonstrem as seguintes competências:

- a) “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - D) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- II) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
  - c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
  - d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
  - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016 do Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016, p. 3174).

Analisando as atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso teórico e prático, desenvolvemos e aprofundámos os conhecimentos à priori obtidos com o primeiro ciclo de estudos, bem como os conhecimentos adquiridos ao longo do exercício profissional. Como exemplos podemos destacar os trabalhos académicos realizados ao longo da componente teórica e da componente prática, incluindo o presente relatório, bem como a realização de um artigo de investigação, que nos possibilitou o desenvolvimento de capacidades no domínio do processo de investigação científica nas suas diferentes etapas: metodologia e técnicas de colheita de dados; análise e tratamento de dados; discussão e síntese dos resultados obtidos e posterior comunicação clara e sem ambiguidades dos resultados, conclusões e todos os raciocínios subjacentes.

A realização do artigo de investigação e do projeto de intervenção deu-nos também a possibilidade de lidar com questões éticas, relativas aos estudos de investigação. Para tal tivemos que aprofundar conhecimentos sobre os direitos humanos e as recomendações nacionais e internacionais relativas à investigação. Neste contexto, concretizámos todos os

pressupostos para a submissão do pedido de autorização à Comissão de Ética da ULS, através do preenchimento do formulário de submissão de pedidos de relativos a estudos de investigação, entrega do *Curriculum Vitae* do investigador, dos instrumentos de colheita de dados (questionários) e os termos de consentimento informado, como já referenciado anteriormente.

A aplicação dos conhecimentos e capacidades na resolução dos problemas e situações novas, foram uma constatare ao longo deste percurso, em várias situações tivemos que adaptar e mobilizar os conhecimentos que previamente adquirimos e desenvolvemos face à realidade da prática da prestação de cuidados. Concretamente, podemos referenciar a elaboração do estudo de caso no Estágio I, que nos possibilitou realizar um plano individual de cuidados, para uma situação nova e não familiar, mobilizando e desenvolvendo conhecimentos para a integração no processo de enfermagem, proporcionando uma intervenção individualizada para a realidade da criança e família.

A análise e reflexão crítica para a tomada de decisões foram uma constante ao longo deste processo de aprendizagens, o que nos permitiu desenvolver capacidades para a prática clínica diferenciada, na área de especialização, mantendo sempre por base o recurso à mais recente evidência científica. Assim, consideramos ter demonstrado competências clínicas na prestação e gestão de cuidados de enfermagem, desenvolvendo uma prática baseada na evidência e integrando os conhecimentos, na tomada de decisão e gestão de situações complexas. Participámos de forma proactiva nas equipas e em projetos em diferentes contextos, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

#### 4.2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do Título de Especialista pressupõe que, para além das competências específicas para cada Especialidade em Enfermagem, os enfermeiros possuam competências comuns, que são aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns definem-se como “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua

elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista assentam em quatro domínios, sendo estes a “Responsabilidade profissional, ética e legal”; “Melhoria contínua da qualidade”; “Gestão dos cuidados” e o “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Deste modo, desenvolvemos sempre a nossa prática tendo em conta estes domínios de competência comuns, integrados nos princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros, no Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

No âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvemos sempre uma prática clínica área da saúde infantil e pediátrica que garantisse práticas de cuidados que respeitem as responsabilidades profissionais e os direitos humanos. A tomada de decisão foi sempre realizada de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais, fomentados por uma prática baseada no modelo de parceria de cuidados.

A melhoria contínua da qualidade, foi um pressuposto que desenvolvemos ao longo de todo este percurso. Deste modo, no contexto A do Estágio Final, realizado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, colaborámos no processo de re-acreditação do hospital, através de pesquisa bibliográfica sobre a percentagem de humidade que deve ser programada na incubadora de acordo com a idade gestacional do RN, para a atualização do procedimento específico “Cuidados com a Pele do Recém-Nascido”, com objetivo de uniformizar os cuidados.

No contexto B do Estágio Final, após verificarmos a necessidade de realização de uma norma de avaliação da dor, direcionada para a população infantil, procedemos à realização da mesma, objetivando a uniformização dos cuidados prestados.

No contexto C do Estágio Final, para além do término e implementação do panfleto informativo para os pais e acompanhantes sobre o *EMLA*® (iniciado no Estágio I), solicitámos

a distribuição de solução de Sacarose a 24% e de *EMLA*® creme para a USF; construímos uma caixa com material didático/lúdico intitulada de “Caixinha Sem Dói-Dói” para a USF e para a Consulta Externa de Pediatria da ULS; adquirimos um dispositivo de realidade virtual para a USF e um dispositivo *Buzzy*® para a Consulta Externa de Pediatria da ULS; solicitámos ao gabinete de comunicação e marketing da ULS a realização de autocolantes para as crianças, como forma de reforço positivo; realizámos uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”; solicitámos a parametrização das escalas de monitorização da dor, no programa informático “*SClinico*”, nos cuidados de saúde primários da ULS; e procedemos à atualização do procedimento da Administração da Sacarose a 24%, alargando a sua implementação aos cuidados de saúde primários, com objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados e da promoção de um ambiente seguro e terapêutico, bem como o acesso equitativo da população aos cuidados de saúde primários.

A gestão dos cuidados de enfermagem foi realizada tendo em conta a equipa multidisciplinar. Desta forma, as respostas com outros elementos das equipas foram articuladas sempre que necessário. No geral, destaco a articulação que realizámos com a equipa médica e restantes elementos da equipa de enfermagem para a continuidade de cuidados. Concretamente, na consulta de diabetes juvenil, gerimos os cuidados em articulação com o psicólogo, com a nutricionista, com a equipa do internamento hospitalar e a comunidade escolar. Para a realização de algumas atividades do projeto, necessitámos de nos articular com o gabinete de qualidade, gabinete de marketing e comunicação, equipa da reprografia, farmácia hospitalar, entre outros. Desta forma, considerando que os recursos são escassos, estes devem ser geridos de forma correta, permitindo assim, que para as atividades delineadas, fosse possível uma gestão adequada dos recursos, de modo a combater desperdícios e a obter os maiores ganhos em saúde.

O último domínio das competências de enfermeiro especialista reflete os motivos pelos quais ingressámos nesta caminhada, assente na ótica do desenvolvimento de aprendizagens profissionais no domínio da saúde infantil e pediátrica, em resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde, nos diferentes contextos de atuação, tendo como foco a promoção da melhoria dos cuidados de saúde baseadas na evidência científica, na assertividade e no autoconhecimento.

#### 4.3 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, as competências específicas definem-se “juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” dos cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19192). Assim, “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, (...) e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

O EEESIP presta “cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias”, ao longo do ciclo vital, que compreende o período entre o nascimento até aos 18 anos, ou em casos concretos de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 ou 25 anos. Este profissional trabalha em parceria com a criança e família, “encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível”. Para tal, “presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19192).

As competências específicas do EEESIP assentam nos domínios seguintes: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19192).

Perspetivando adquirir as competências de EEESIP, foram tidas em conta as competências, as unidades de competências e os critérios de avaliação de todos os domínios de atuação.

No âmbito da competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” esta divide-se em duas unidades de competência: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; 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” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19192).

Ao longo de todo o percurso objetivámos sempre a nossa prática no estabelecimento de cuidados em parceria com a criança e família, promotores da otimização da saúde e da parentalidade. Para tal, desenvolvemos uma prática de cuidados proporcionadora de conhecimentos, habilidades especializadas e individualizadas às crianças e famílias, promotoras da adoção de comportamentos potencializadores de saúde.

Em cada contacto que tivemos com as crianças e famílias, nos diferentes contextos de atuação, tivemos a oportunidade de comunicar com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à sua idade e estágio de desenvolvimento, respeitando as suas crenças e culturas. Exemplos disso são todas as atividades que realizámos em contexto de consulta e em contexto de internamento. Destacámos também a relação de proximidade estabelecida com as crianças e famílias potencializadora de qualidade dos cuidados.

Os conhecimentos teóricos desenvolvidos e adquiridos ao longo deste percurso tornaram-se incontestavelmente uma mais valia para um diagnóstico precoce de situações de risco que possam afetar a vida ou a qualidade de vida da criança, bem como na intervenção especializada nas doenças mais comuns ou mais raras.

No âmbito da competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, esta divide-se em cinco unidades de competência: “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à

doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19193).

Ao longo da prestação clínica de cuidados à criança/jovem e família, várias foram as situações de particular exigência com que nos deparámos, nomeadamente em contexto de Cuidados Especiais Neonatais, pela constante instabilidade das funções vitais do RN, o que nos permitiu uma mobilização de conhecimentos, recursos e habilidades para uma rápida identificação de focos de instabilidade e uma consequente resposta antecipatória. Em contexto de internamento e consulta externa de pediatria, também nos deparámos com crianças com necessidades especiais e com incapacidades, nomeadamente com doença crónica, que exigiu uma atuação promotora da adaptação da criança e família, à situação inerente, tendo sempre como objetivo a majoração de ganhos em saúde.

Neste contexto, não podemos deixar de abordar o projeto de intervenção realizado, que teve como foco principal o desenvolvimento de aptidões e competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio e controlo da dor. Desta forma, a atuação norteou-se sempre por uma prática de cuidados especializada, fomentadora do uso de intervenções de alívio e controlo da dor.

No âmbito da última competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” esta divide-se em quadro unidades de competência: “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19194).

Ao longo da prestação clínica de cuidados, tivemos oportunidade de promover o desenvolvimento das crianças e jovens ao longo das diferentes etapas deste ciclo vital, através de orientações antecipatórias, promovendo a maximização do seu potencial de desenvolvimento. Como exemplos podemos destacar a participação ativa nas várias consultas de saúde infanto-juvenil, de acordo com o programa nacional de saúde infantil e juvenil.

Concretamente na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, tivemos oportunidade de planear, gerir e executar planos de cuidados de enfermagem promotores da vinculação do RN, através da promoção da amamentação, da promoção de um comportamento interativo, do contacto físico do RN/pais e envolvendo-os na prestação de cuidados.

Por último, nesta fase final de percurso formativo gostaríamos de destacar a importância da realização do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu, que nos proporcionou conhecimento e treino sobre o reconhecimento precoce da criança gravemente doente, contribuindo para o desenvolvimento de competências para os cuidados emergentes, apropriados à criança e jovem. Foi com enorme satisfação que terminámos esta etapa com sucesso, acreditando que será sem dúvida uma mais valia para a prestação de cuidados especializados, avançados e seguros as crianças/jovens e famílias.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da dor na criança, bem como a sua individualidade e variabilidade característica, tanto na sua perceção, como na sua manifestação, assume-se como um dever ético inquestionável de todos os profissionais de saúde.

É sabido que atualmente existem diversas intervenções que podem ser usadas como preventivas de alívio e controlo da dor durante processos invasivos, porém a dor aguda associada a estes procedimentos continua ainda a ser subvalorizada pelos profissionais de saúde. Apesar de não ser totalmente claro o motivo do inadequado controlo da dor aguda relacionada com os procedimentos invasivos, fatores como o insuficiente conhecimento das estratégias de alívio e controlo da dor e uma filosofia de cuidados que não valoriza a dor na sua plenitude, relegando-a para um plano secundário, relevam a importância prioritária do desenvolvimento de abordagens promotoras da sua valorização.

O enfermeiro, pela sua relação de proximidade com a criança/jovem e família e como executor diário de inúmeros procedimentos invasivos dolorosos, tem um papel de destaque nesta área, devendo ter uma atitude preventiva no alívio e controlo da dor. Neste contexto, o enfermeiro, para além de um amplo conhecimento dos fármacos existentes, deve possuir conhecimentos em intervenções não farmacológicas de alívio e controlo da dor, tal como preconizado pelas normas de boas práticas do Ministério da Saúde e da OE.

Na prestação de cuidados de nível avançado, compete ao EEESIP a realização de uma gestão diferenciada dos processos dolorosos e do bem-estar da criança/jovem e família, recorrendo a uma variedade de abordagens e terapias, numa procura permanente da excelência do exercício profissional. Para tal abordagem, deve salientar-se o rigor técnico e científico na implementação das diferentes terapias à criança/jovem e família. Deste modo, acredita-se que a promoção de cuidados humanizados, fomentadores do bem-estar tem um papel preponderante na futura adesão aos cuidados de saúde para além de todos os benefícios conhecidos sobre o ponto de vista de desenvolvimento saudável das crianças.

Neste contexto, e tendo em conta a área de intervenção referenciada, toda a abordagem do desenvolvimento do projeto de intervenção teve por base este domínio de intervenção, o que

nos possibilitou o desenvolvimento de competências e aptidões específicas na área da dor na criança. Para além do conhecimento mais aprofundado na área da dor na criança, o desenvolvimento do projeto de intervenção trouxe-nos uma experiência inerente ao papel do EEESIP na gestão e liderança de projetos promotores da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Assim, todo o processo percorrido ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção possibilitou-nos investigar, analisar e resolver um problema identificado como prioritário. Com o crescente reconhecimento e valorização do mesmo, assumimos o alargamento do projeto a todas as instituições da ULS, de modo a promover um acesso equitativo à saúde, bem como à qualidade dos cuidados prestados e à literacia dos cidadãos e saúde.

A elaboração de um artigo de investigação sobre as “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais”, manteve o “fio condutor” do domínio de atuação, constituindo-se a sua realização um verdadeiro desafio, todavia extremamente gratificante. A realização deste artigo de investigação permitiu-nos o desenvolvimento de conhecimentos sobre o processo de investigação científica em enfermagem, papel primordial da atuação como Mestre em Enfermagem. A sua posterior publicação será o reconhecimento de todo este percurso realizado, na esperança de podermos ser uma mais valia para os cuidados prestados as crianças/jovens e famílias.

Os contextos onde realizámos estágios (Consulta Externa de Pediatria, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Serviço de Pediatria e Cuidados de Saúde Primários), possibilitou-nos o desenvolvimento de conhecimentos e competências adquiridas ao longo de toda a componente teórica. A diversidade dos estágios nos diferentes contextos de cuidados permitiu-nos uma visão abrangente de toda a atuação do EEESIP, utilizando sempre o binómio centrado na criança e família na promoção do mais elevado estado de saúde possível. Esta abordagem possibilitou-nos assistir “a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; cuidar “da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e prestar “cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, 2.ª série — N.º 133 de 12 de julho de 2018, p. 19192).

A análise reflexiva das competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem, adquiridas e desenvolvidas ao longo de todos os contextos de aprendizagens, contribuirá para

a introspeção de todas as atividades realizadas, tendo por base a prestação de cuidados diferenciados e de mais elevada qualidade. Deste modo, a realização do presente relatório revelou-se uma mais valia, uma vez que nos possibilitou uma análise crítica e reflexiva de todo o percurso realizado ao longo destes períodos de estágio, bem como a descrição e análise de todas as etapas da metodologia de projeto para a implementação e execução de um projeto na área de saúde infantil e pediátrica.

Assim, ao longo deste percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no domínio dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, consideramos ter adquirido e desenvolvido competências promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com recurso à prática baseada na evidência e aos referenciais deontológicos, legais e éticos evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstrámos também ter adquirido competências e conhecimentos na governação clínica, na liderança de equipas e projetos, bem como na gestão e supervisão dos cuidados em diferentes contextos da prática clínica, tal como preconizado nos objetivos gerais do Mestrado.

Com o culminar desta etapa, ressalva-se os contributos que todo este percurso académico proporcionou para o desenvolvimento, não só do “eu” profissional, como também do “eu” pessoal, através das experiências significativas vivenciadas e refletidas durante toda esta caminhada. Relativamente ao “eu” profissional, além de todo o impacto direto que esta jornada teve na prestação de cuidados às crianças/jovens e família, à medida que eram desenvolvidas as competências inerentes ao EEESIP e de Mestre, perspetiva-se que as “ferramentas” adquiridas durante este percurso sejam indutoras de uma constante necessidade e capacidade de desenvolvimento profissional contínuo.

Em suma, consideramos que as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo este processo contribuíram para o desenvolvimento do autoconhecimento e da melhoria da prestação de cuidados, com vista na aquisição de um nível de competência de Mestre em Enfermagem e de EEESIP. Assim, o término desta etapa através da realização do presente relatório e posterior defesa pública, define uma nova performance como EEESIP na prestação de cuidados avançados, seguros, competentes e promotores de satisfação contínua das crianças/jovens e famílias.

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *American Psychological Association*. (2015). Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, segundo o estilo bibliográfico APA 6th. Universidade de Aveiro.
- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C., F. (2014). Valorizar a Dor na Criança: Um Reflexão Voltada para a Praxis. *Nascer e Crescer. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 4(23).
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Título Original: *L' Analyse de Contenu*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- Batalha, L. M. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Batalha, L. M. (2013). *Avaliação e Controlo da Dor em Pediatria: Uma Década*. *Saúde e Tecnologia*. 16-21. ISSN: 1646-9704.
- Batalha, L., Santos, L., A. & Guimarães, H. (2007). *Dor em Cuidados Intensivos Neonatais*. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 0873-0781/07/38-4/144.
- Batalha, L. M. & Mendes V. (2013). *Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R)*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 7-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101>.
- Batalha, L. M. & Sousa, A. F. D. (2018). *Autoavaliação da Intensidade da Dor: Correlação entre Crianças, Pais e Enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, 15 – 22 ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18002>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergomi, P., Scudeller, L., Pintaldi, S. & Molin, A. (2018). *Efficacy of Non-pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration*. Elsevier, *Journal of Pediatric Nursing* 42, 66–e72.

- Bice, A. A., Guntber, M. & Wyatt T. (2014). *Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. Review Article American Society for Pain Management Nursing*, 15(1), 365-379.
- Bonutti, D. P., Daré, M. F., Castral, T. C., Leite, A. M., Vici-Maia, J. A. & Scochi, C. G. S. (2017). Dimensionamento dos Procedimentos Dolorosos e Intervenções para Alívio da Dor Aguda em Prematuros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2917. ISSN 0104-1169. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1387.2917>.
- Bottega, F., H., Benetti, E., R., R., Benetti, P., E., Gomes, J., S. & Stumm, E., M., F. (2014). Avaliação da Dor em Neonatos e Crianças em Terapia Intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 6(3) 909-917. ISSN 2175-5361. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p909.
- Candido L. K. & Tacla, M. T. G. (2015). Avaliação e Caracterização da Dor na Criança: utilização de indicadores de qualidade. *Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, 23(4):526-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10514>.
- Cruz, M. D., Fernandes, A. M. & Oliveira, C. R. (2016). *Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. European Journal of Pain (United Kingdom)*. 20(4). doi:10.1002/ejp.757.
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Ministério da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa Nº 09/DGCG Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2010b). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias Locais de Saúde. Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

- Ministério da Saúde (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). N. 022/ 2012. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). N. 024/2012. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2012c). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. N. 023/212. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Governo de Portugal: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Desenvolver os Planos Locais de Saúde - Reforçar o Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde ISBN: 978-972-675-259-2.
- Ministério da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Fernandes, A. (2009). Dor em Pediatria. Revista Dor®. Órgão de Expressão Oficial da APED, 17(2), 5-10 Lisboa: Permanyer Portugal. ISSN: 0872-4814.
- Fortin, M-F. (1999). O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014) Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lisboa: Lusociência: 9º ed. Vol I.
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). A Dor na criança atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. 1ª ed.
- Imperatori E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para Uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública: 3ª. ed.

- Infarmed (2016). Folheto informativo: Informação para o utilizador. Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme lidocaína + prilocaína. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2966&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=fi).
- Infarmed. (2014). Folheto informativo: Informação para o utilizador. Livopan 50% + 50%, gás medicinal comprimido. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=48103&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=48103&tipo_doc=fi).
- *Joint Comission International*. (2011). Padrão de Acreditação da *Joint Comission International* para Hospitais. Tradução Oficial para Português. 4º. Ed. Disponível em <http://docplayer.com.br/28159334-Catalogacao-na-fonte.html>.
- Kavanagh, S., & Chadwich, K. (2005). Health needs assessment. Health development agency. Health and Clinical Excellence: Londres. Disponível em: [https://www.k4health.org/sites/default/files/migrated\\_toolkit\\_files/Health\\_Needs\\_Assessment\\_A\\_Practical\\_Guide.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/migrated_toolkit_files/Health_Needs_Assessment_A_Practical_Guide.pdf).
- Koller, D. & Goldman, R. (2012). *Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research*. Elsevier. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 652–681.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Editora Atlas S.A. 5.ª ed.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" *Classification os Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy*, 209-214, 2.ª ed. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>.
- McNamara, C. (1998). *Basic Guide to Program Evaluation. (Including Outcomes Evaluation) Nonprofit Program Design, Marketing and Evaluation*. Disponível em <https://managementhelp.org/evaluation/program-evaluation-guide.htm>.
- NHS, (2017). *Guideline for Incubator Humidity. Brighton and Sussex University Hospitals. Standards Group/KG. Trevor Mann Baby Unit RSCH/Special Care Baby Unit PRH*.
- Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Proposta do Conselho Diretivo após aprovação por unanimidade na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série 1. N.º 6. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Versão 2015. Lisboa: OE.
- PORDATA. (2019). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt>.
- Regulamento n.º 422/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. Revista Dor®. Órgão de Expressão Oficial da APED. Permanyer Portugal. 17(17). ISSN: 0872-4814.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15. ISSN 1646-5067.

- Santos, S., Santos, E., A. & Lacerda, A., F. (2018). Dor Crónica em Pediatria: Orientações Para os Profissionais de Saúde. Acta Pediátrica Portuguesa, 49, 167-77 DOI: 10.21069/APP.2018.13014.
- Short, S., Pace, G. & Birnbaum, C. (2017). Nonpharmacologic Techniques to Assist in Pediatric Pain Management, Elsevier, 18(4).
- Silva, T., P. & Silva, L., J. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-Nascido. Revisão Sistemática. Acta Médica Portuguesa, 23(3), 437-454.
- Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Cadernos de Formação nº. 2: Ministério da Saúde.
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED], EPE - ULS [REDACTED] (2017). Relatório e Contas Ano 2016. Conselho de Administração da ULS [REDACTED].
- Veronez, M. & Corrêa, D. P. M. (2010). A Dor e o Recém-Nascido de Risco: Percepção dos Profissionais de Enfermagem. Cogitare Enfermagem, 15 (2), 263-270.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Escalas de Avaliação da Dor na Criança

*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau Né – EDIN*

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

*Neonatal Infant Pain Scale – NIPS*

DESCRIÇÃO	
<b>Expressão facial</b>	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobranceira).
<b>Choro</b>	
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)
<b>Respiração</b>	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 - Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
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.
<b>Pernas</b>	
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.
<b>Estado de vigília</b>	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

(Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde).

### Premature Infant Pain Profile – PIPP

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

(Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa: Direção-Geral de Saúde).

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

Critérios de Avaliação	Sedação		Sedação / Dor	Dor / Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
<b>Irritabilidade / Choro</b>	Ausência de choro com estímulo doloroso.	Gemência ou choro mínimo com estímulo doloroso.	Ausência de sedação / Ausência de sinais de dor.	Irritabilidade ou choro intermitente. Consolável.	Choro alto ou silencioso contínuo. Inconsolável.
<b>Estado Comportamental</b>	Ausência de resposta a qualquer estímulo. Ausência de movimentos espontâneos.	Reação mínima aos estímulos. Poucos movimentos espontâneos.	Ausência de sedação / Ausência de sinais de dor.	Inquieto, se contorce com frequência.	Chuta ou se hiperextende. Constantemente acordado. Dificuldade em desperta / ausência de movimentos (sem sedação).
<b>Expressão Facial</b>	Boca está relaxada. Ausência de expressão.	Mínima expressão com estímulos.	Ausência de sedação / Ausência de sinais de dor.	Qualquer expressão de dor intermitente.	Qualquer expressão de dor contínua.
<b>Tônus dos Membros</b>	Ausência do reflexo da pega. Tônus flácido.	Reflexo da pega mínimo. Tônus muscular ↓.	Ausência de sedação / Ausência de sinais de dor.	Mãos cerradas ou espalmadas de forma intermitente. Tensão corporal ausente.	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua. Tensão corporal presente.
<b>Sinais Vitais (FC, FR, PA, SaO<sub>2</sub>)</b>	Ausência de variação com estímulos. Hipoventilação ou apneia.	Variação < 10% dos sinais vitais basais com o estímulo.	Ausência de sedação / Ausência de sinais de dor.	↑ 10-20% dos sinais vitais iniciais. SaO <sub>2</sub> 76-85% com estímulo - rápido↑.	↑ > 20% dos sinais vitais iniciais. SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com estímulo - lento↑. Ventilação assíncrona / Briga com o ventilador.

(Oliveira, T. M. (2011). Análise psicofísica da escala multidimensional de dor Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) em recém-nascidos. Hospital Regional da Asa Sul. Brasília -DF).

*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – FLACC*

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

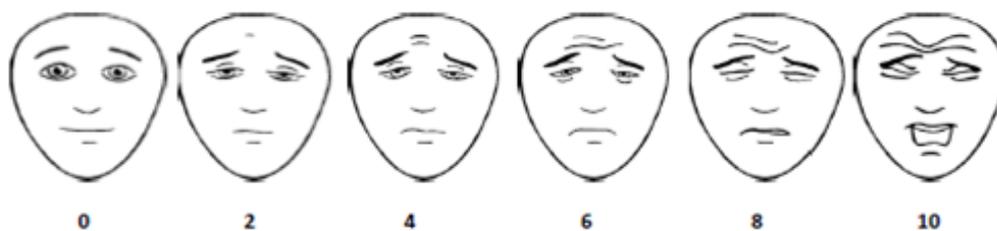
(Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde).

## Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised - FLACC-R

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

(Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde).

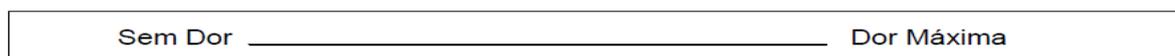
*Faces Pain Scale – Revised - FPS- Wong-Baker*



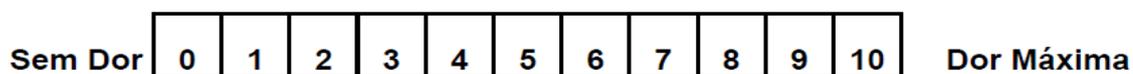
**Escala de Faces**



**Escala Visual Analógica – EVA**



**Escala Numérica – EN**



(Ministério da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde).

Anexo 2 – Aprovação do Projeto pela Comissão de Ética

EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 11/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.12.2018 (Ata n.º 63, Ponto 4.º)

Aos dez dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala \_\_\_\_\_ reuniu a Comissão de Ética da ULS estando presentes: \_\_\_\_\_ Enfermeira \_\_\_\_\_, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, \_\_\_\_\_ e Presidente desta Comissão, \_\_\_\_\_, Técnica Superior de Serviço Social, \_\_\_\_\_, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, \_\_\_\_\_, Assistente de Medicina Geral e Familiar e \_\_\_\_\_, Farmacêutica. Não pôde estar presente \_\_\_\_\_, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, que justificou a sua falta. \_\_\_\_\_

Foram tratados os seguintes assuntos: \_\_\_\_\_

em PUNTO QUINTO – EDOC/58794 – Projeto «O papel de Enfermeiro na Prevenção e Controlo da dor aguda na criança dos 0 aos 6 anos», a levar a cabo pela Enfermeira Alexandra Isabel Rodrigues Castro. \_\_\_\_\_

--- A Comissão de Ética nada tem a opor à realização desse Projeto. \_\_\_\_\_

Beja, 18 de Dezembro 2018

A Presidente da Comissão de Ética

Anexo 3 – Plano de Sessão Formativa - “Intervenções de Alívio da Dor usadas na  
Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais”

Unidade Formativa da Saúde Acreditada pelo Despacho nº 380 de 20/04/99  
da Ministra da Saúde  
Renovação por Despacho de 13/12/2000 do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da  
Modernização da Saúde para o QCA III

### PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

Tema(s) O Controle da Dor na Criança e as  
Escala de Avaliação da Dor

Objetivos Promover modelos de boas práticas  
no controle, avaliação e registro da dor  
na criança

Data: 16/01/2019

Hora: 14:00

Local USF: [redacted] (Sala de Reuniões)

Formador Alexandra Isabel Rodrigues Castro

Formandos Equipa multidisciplinar da  
USF- [redacted]

Beja, 10/01/2019

O (A) Enfermeiro (a) Responsável pela Formação em Serviço,

[redacted signature]

Mod [redacted]

## Anexo 4 – Autocolantes de Reforço Positivo – “Sou Forte”

**SOY MUITO  
forte!!**



**Porte-me bem!!**



**SUPER HERÓI**

**SOY  
eu!!**



**SOY UM...**

**HERÓI**



**SOY MUITO  
forte!!**



**Porte-me bem!!**



**SUPER HERÓI**

**SOY  
eu!!**



**SOY UM...**

**HERÓI**



Anexo 5 – Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação - “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais”

**Unidade Formativa da Saúde Acreditada pelo Despacho nº 380 de 20/04/99  
da Ministra da Saúde**  
Renovação por Despacho de 13/12/2000 do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da  
Modernização da Saúde para o QCA III

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

**Tema:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nome do Formando:** \_\_\_\_\_

Considerando a escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto, classifique a utilidade da sessão de formação tendo em conta os pontos que se seguem, assinalando com um círculo o número correspondente à sua opinião:

1. Metodologia utilizada	2. Clareza da exposição	3. Domínio dos conteúdos abordados	4. Resposta às necessidades
5	5	5	5
4	4	4	4
3	3	3	3
2	2	2	2
1	1	1	1

Observações:

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu

**Unidade Formativa da Saúde Acreditada pelo Despacho nº 380 de 20/04/99  
da Ministra da Saúde**

Renovação por Despacho de 13/12/2000 do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da  
Modernização da Saúde para o QCA III

O (A) Enfermeiro (a) Responsável pela Formação em Serviço \_\_\_\_\_

CFM, A Coordenadora do NEPE: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**

## Apêndice 1 – Objetivos de Estágio I e Estágio Final

<p><b>Objetivos Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família;</li> <li>• Desenvolver competências no âmbito da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem;</li> <li>• Implementar um Projeto de Intervenção.</li> </ul>
---

**Contexto:** Consulta Externa de Pediatria

<p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da Consulta Externa de Pediatria;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família;</li> <li>• Desenvolver competências em intervenções não farmacológicas à criança/jovem;</li> <li>• Realizar um estudo de caso.</li> </ul>
--

<p><b>Atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com a Enfermeira Tutora e Enfermeira Chefe do Serviço;</li> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados em contexto clínico;</li> <li>• Reflexão sobre os cuidados prestados em contexto clínico;</li> <li>• Observação do comportamento das crianças/jovens durante a realização de procedimentos dolorosos;</li> </ul>	<p><b>Data:</b></p> <p>14/05/2018 a 22/06/2018 (6 semanas)</p>	<p><b>Recursos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente Orientadora;</li> <li>• Enfermeira Orientadora;</li> <li>• Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Documentos, normas e procedimentos do serviço;</li> </ul>
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecimento das escalas de avaliação da dor implementadas na consulta;</li><li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos Informáticos (Bases de dados científicas).</li></ul>
--	--	---

**Contexto: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

**Objetivos Específicos:**

- Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN;
- Promover a vinculação no RN;
- Desenvolver competências de prevenção e controlo da dor adequadas ao RN;
- Desenvolver competências de liderança e de gestão.

**Atividades:**

- Reunião com a Enfermeira Tutora e Enfermeira Chefe do Serviço;
- Observação e participação na prestação de cuidados em contexto clínico;
- Reflexão sobre os cuidados prestados em contexto clínico;
- Observação do comportamento do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos;
- Conhecimento das escalas de avaliação da dor implementadas no serviço;

**Data:**

17/09/2018 a  
12/10/2018  
(4 semanas)

**Recursos:**

- Docente Orientadora;
- Enfermeira Orientadora;
- Equipa Multidisciplinar;
- Documentos, normas e procedimentos do serviço;
- Recursos Informáticos (Bases de dados científicas).

<ul style="list-style-type: none"><li>• Colaboração com a Enfermeira Orientadora no processo de re-acreditação do hospital, através da pesquisa bibliográfica sobre a temática: “Cuidados com a Pele do Recém-Nascido”;</li><li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas.</li></ul>		
--	--	--

<b>Contexto:</b> <u>Serviço de Pediatria</u>		
<b>Objetivos Específicos:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica funcional e organizacional do Serviço de Internamento de Pediatria;</li> <li>• Observar e prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família;</li> <li>• Conhecer os métodos utilizados pela equipa de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança/jovem e família;</li> <li>• Desenvolver competências em intervenções de alívio e controlo da dor na criança/jovem;</li> <li>• Conhecer a dinâmica funcional do Serviço de Urgência Pediátrica.</li> </ul>		
<b>Atividades:</b>	<b>Data:</b>	<b>Recursos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com a Enfermeira Tutora e Enfermeira Chefe do Serviço;</li> <li>• Observação e participar na prestação de cuidados em contexto clínico;</li> <li>• Reflexão sobre os cuidados prestados em contexto clínico;</li> <li>• Conhecimento das escalas de avaliação da dor implementadas no serviço;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas;</li> <li>• Elaboração de uma norma / documento de orientação para a avaliação da dor da dor em pediatria;</li> <li>• Realização de um estágio de observação na Urgência Pediátrica.</li> </ul>	15/10/2018    a 09/11/2018 (4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente Orientadora;</li> <li>• Enfermeira Orientadora;</li> <li>• Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Documentos, normas e procedimentos do serviço;</li> <li>• Recursos Informáticos (Bases de dados científicas).</li> </ul>

<b>Contexto: <u>Cuidados de Saúde Primários</u></b>		
<b>Objetivos Específicos:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica funcional e organizacional da USF;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários;</li> <li>• Conhecer os métodos utilizados pela equipa de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança/jovem e família;</li> <li>• Desenvolver competências em intervenções de alívio e controlo da dor na criança/jovem em contexto de cuidados de saúde primários;</li> <li>• Realizar um artigo científico.</li> </ul>		
<b>Atividades:</b>	<b>Data:</b>	<b>Recursos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com a Enfermeira Tutora e Enfermeiro Chefe do Serviço;</li> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados em contexto clínico;</li> <li>• Reflexão sobre os cuidados prestados em contexto clínico;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas;</li> <li>• Realização de um dossiê informativo sobre “A Dor em Pediatria”;</li> <li>• Realização do diagnóstico das necessidades, através da aplicação de questionários aos enfermeiros;</li> <li>• Conhecimento das escalas de avaliação da dor implementadas na USF;</li> <li>• Solicitação da parametrização das Escalas de Avaliação da Dor no programa “<i>Sclinico</i>”;</li> </ul>	<p>12/11/2018      a</p> <p>18/01/2018</p> <p>(8 semanas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente Orientadora;</li> <li>• Enfermeira Orientadora;</li> <li>• Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Documentos, normas e procedimentos do serviço;</li> <li>• Recursos Informáticos (Bases de dados científicas; Programa “<i>Sclinico</i>”);</li> <li>• Gabinete de Qualidade da ULS;</li> <li>• Gabinete de Comunicação da ULS.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Atualização do procedimento da administração da sacarose a 24% da ULS;</li><li>• Solicitação à farmácia da ULS a aquisição da solução de sacarose a 24%;</li><li>• Solicitação à farmácia da ULS de EMLA® creme;</li><li>• Adaptação do panfleto do EMLA®, realizado no Estágio 1, para contexto de cuidados de saúde primários;</li><li>• Propor a aquisição do dispositivo <i>Buzzy</i>®;</li><li>• Aplicação de questionários aos pais das crianças para a elaboração do artigo científico;</li><li>• Solicitação ao gabinete de comunicação a elaboração de autocolantes para as crianças;</li><li>• Realização de uma sessão de formação em serviço para a equipa multidisciplinar da USF- [REDACTED] intitulada: “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”.</li></ul>		
---	--	--

Apêndice 2 – Folheto para Pais e Acompanhantes - EMLA®

O CONTROLO DA DOR É UM  
DIREITO DA CRIANÇA

Anestésico Tópico  
EMLA® (Prilocaína + Lidocaína)

Informação aos pais e acompanhantes

## Sabia que podemos prevenir a dor da criança usando EMLA®

O EMLA® é utilizado para anestesia local temporária ou perda de sensação antes da realização de procedimentos ligeiramente dolorosos como:

### Inserção de agulhas

- Recolha de sangue para análises
- Inserção de cateteres venosos
- Vacinação

### Procedimentos cirúrgicos mais superficiais

Existe também a apresentação de EMLA® em penso impregnado 5 gramas.

À venda nas farmácias.



## Onde se aplica o EMLA® ?

### Análises e inserção de cateteres venosos:

Mão ou no braço, onde exista uma veia visível.

### Vacinação:

- 2 e 4 meses (zona antero-lateral da coxa esquerda e direita);
- 6 meses (zona antero-lateral da coxa esquerda);
- 12 meses e 5 anos (terço superior do braço esquerdo e direito);
- 18 meses (terço superior do braço esquerdo);
- 10 anos (rapazes no terço superior do braço esquerdo e raparigas no terço superior do braço esquerdo e direito).

**Caso tenha vacinas em atraso ou fora do plano, esclareça o local com o seu enfermeiro.**

## Contra-Indicações

- Alergia aos constituintes do EMLA® creme e adesivo;
- Não aplicar em locais onde exista lesão da pele;
- Não recomendado antes de vacinas vivas (BCG e a VASPR).

## Como aplicar o EMLA®?

1 - Aplicar 1/2 do tubo, por cada 5 centímetros de área de pele, numa camada espessa no local do procedimento.

2 - Cobrir com o penso adesivo plástico (tipo película aderente).

Evitar que o creme se espalhe além da área desejada.

**O tempo necessário para atingir a anestesia da pele é de 1 a 2 horas.  
Para evitar dúvidas anote a hora da aplicação!**

## Reações Adversas

Reações alérgicas, alterações na sensação da temperatura, vermelhidão, inchaço, comichão e erupção cutânea.

### Referências Bibliográficas:

- Deglin, H., J., & Vallierand, H., A., Sanoski, C. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros, 10 Ed. Lisboa: Lusodência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN:978-972-8930-44-8
- Direção-Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). N. 022/2012. Ministério da Saúde. Lisboa
- Direção-Geral de Saúde (2017). Programa Nacional de Vacinação. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao2.aspx>
- Infarmed (2018). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/>
- Instituto de Apoio à Criança (2006). A Dor na Criança - Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde, 1.ª ed, Lisboa: Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança.

Apêndice 3 – Norma de Atuação “Avaliação da Dor em Pediatria”

**Norma de Atuação n.º**  
**Avaliação da Dor em Pediatria**

**1. Objetivo**

Garantir a uniformização dos critérios de avaliação e registo sistemático da intensidade da dor com objetivo da melhoria da qualidade de vida da criança/jovem com dor.

**2. Âmbito e Aplicação**

Avaliação da dor à criança/jovem no serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do

**3. Termos, Definições, Siglas e Abreviaturas**

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain*, como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve a componente sensorial e emocional, e que se associa a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão. Assim, a dor é um fenómeno complexo e subjetivo, que envolve vários componentes que lhe estão associados, e que acompanha de forma transversal, a maioria das situações patológicas que envolvem cuidados de saúde, afetando a pessoa na sua globalidade. Esta pode classificar-se de acordo com a duração, em **dor aguda** quando tem início súbito e é limitada no tempo, funcionando geralmente como um sinal de alerta, podem ser exemplos, a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática; **dor crónica** quando esta é prolongada no tempo, persistente e recorrente com duração de pelo menos três a seis meses, podem ser exemplos, a dor neuropática ou a lombalgia, bem como a dor oncológica.

**4. Documentos de Referência**

- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/>.

- Batalha, L. M. C., Fernandes, A. M., de Campos, C., Perdigão, A. M., & Oliveira, A. M. (2015). Versão reduzida da lista dos descritores de dor do *Adolescent Pediatric Pain Tool* – Versão portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 12-17).

- Direção Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). N. 022/ 2012. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. P. 1-7. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada, 4ª ed. EACH European Association for Children in Hospital. Lisboa.

- Merskey&Bogduk (1994). "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" Classification of Chronic Pain, *International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy, Second Edition* p. 209-214 [Acesso a 26 de Novembro de 2018]. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>.

## 5. Responsabilidades

A gestão adequada da dor e da responsabilidade de todos os profissionais de saúde e um direito das crianças consignado na Carta da Criança Hospitalizada.

## 6. Descrição

Um adequado controlo da dor é um direito das pessoas e um dever de todos os profissionais de saúde, e é considerada por entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade dos cuidados. Neste contexto a Direção-Geral de Saúde instituiu em 2003 a dor como 5.º Sinal Vital, devendo ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada.

Na gestão eficaz dos processos dolorosos, as intervenções destinadas à sua prevenção, deve ser uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo e indispensável para a humanização dos cuidados. Consequentemente, uma correta avaliação e tratamento da dor podem ser cruciais na redução da morbilidade, na duração do internamento, minimizando o desconforto e prevenindo complicações futuras. Desta forma, a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, devem ser realizados de forma

continua e sistemática, a todos os níveis de prestação de cuidados, como norma de boa prática clínica.

Porém, a avaliação da dor, constituindo-se como um fenómeno subjetivo, torna-se complexa, nomeadamente no que concerne as crianças que pelas suas suscetibilidades, vivenciam os processos dolorosos de forma stressante e traumática. Assim, a criança deve ser avaliada de acordo com as especificidades de cada grupo etário ou o seu estágio de desenvolvimento, tendo em conta a sua individualidade e variabilidade, através de instrumentos de avaliação adequados (anexo I).

#### Orientações para a Execução:

- Elaborar a história da dor, que contemple as experiências de dor em situação crónica e/ou aguda, recorrendo a uma colheita de dados, que contenha:
  1. Características da dor de acordo com a localização, a intensidade (de acordo com os instrumentos de avaliação), a qualidade, a duração, a frequência e sintomas associados;
  2. Fatores de alívio e/ou agravamento;
  3. Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
  4. Formas de comunicar /expressar a dor;
  5. Experiências anteriores traumatizantes, medos e receios;
  6. Estratégias e capacitação para a gestão da dor e outros problemas de saúde;
  7. Comportamento da criança e ambiente familiar;
  8. Efeitos nas atividades de vida diária;
  9. Impacto emocional e socioeconómico.
- Privilegiar a autoavaliação da dor nas crianças a partir dos três anos, inclusive, com recurso à escala numérica ou de faces;
- Explicar a escala de avaliação da intensidade da dor utilizando uma linguagem perceptível e apropriada a cada idade, e certificar-se que a criança/jovem e família compreendeu a informação transmitida;
- Manter preferencialmente durante todo o processo de assistência a mesma escala de intensidade da dor, de forma a possibilitar a evolução da intensidade da dor exceto, se as suas capacidades cognitivas se modificarem;

- A dor é subjetiva e a sua intensidade deve ser necessariamente a que a criança refere;
- Na **Escala de Faces** (anexo I), a intensidade da dor deve manter-se inferior a 2/5 (dor leve), em caso de dor entre 2 e 3 devem utilizar-se estratégias não farmacológicas, a partir de 4 devem utilizar-se intervenções farmacológicas; Na **Escala Numérica** (anexo I), a intensidade da dor deve manter-se inferior a 3/10 (dor ligeira), em caso de dor entre 3 e 5 devem utilizar-se estratégias não farmacológicas, a partir de 6 devem utilizar-se intervenções farmacológicas; Todas as intervenções devem ser realizadas de forma oportuna, lógica e coordenadas e devem ser adequadas à criança e ao seu meio sócio-familiar;
- Em caso de dor intensa dar prioridade ao tratamento.

## 7. Registos

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, devem ser realizados de forma contínua e sistemática, a todos os níveis de prestação de cuidados, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, a dar segurança aos prestadores de cuidados de saúde e a melhorar a qualidade de vida do doente, constituindo uma norma de boa prática clínica.

- A dor como 5º sinal vital deve ser avaliada e registada no processo clínico “Alert” desde a admissão até à alta:
  - Uma vez por turno;
  - De 4/4 horas, ou sempre que necessário, se não controlada;
  - Antes da utilização de analgesia e após, de forma a avaliar a sua eficácia;
  - No momento de transferência entre unidades (exames, serviço, bloco operatório, etc.);
  - Antes e após qualquer procedimento com invasão ou potencial invasão dos tecidos, instituir medidas preventivas da dor, ajustando as intervenções em conformidade;
  - O registo deve conter as características da dor de acordo com:
    - Localização, pode ser utilizado um diagrama corporal para localização da dor, (anexo II);
    - Intensidade, (a partir da aplicação da escala);
    - Qualidade;

- Início;
- Duração;
- Frequência;
- Sintomas associados;
- Intervenções realizadas e o seu benefício, bem como, de outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor na criança.

## **Anexos**

**Anexo I**  
**Escalas de Avaliação da Dor na Criança Recomendadas pela Direção-Geral**  
**da Saúde**

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO				DATA														
				HORA														
	0	1	2	3														
<b>ROSTO</b>	Neutro calmo	Carência prolongada: aberturas dos lábios / olhos contraídos / queixo trancado / queixo tremula	Carência frequente, moderada ou prolongada	Criseção permanente ou fase protestada, profusa ou fase sustentada														
<b>CORPO</b>	Calmo calmo	Agriação moderada, geralmente calmo	Agriação frequente, mas calma ou	agriação permanente: criseção dos membros e rigidez dos membros ou mobilidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel														
<b>SONO</b>	adormece facilmente, sono prolongado, calmo	adormece dificilmente	acorda rapidamente e facilmente, sono agitado	não adormece														
<b>INTERACÇÃO</b>	calmo	comportado passivo no momento do contato	comportado ativo, grite e maior agitação	choro e contatos, nenhuma reação passiva: grite no contato sem a menor alteração														
<b>RECOMFORTO</b>	sem necessidade de conforto	adormece ou relaxa com conforto, com a voz do adulto	calma ou dificuldade	movimentos: batido desapercebido														
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>																		

(Fonte: DGS, 2010)

**NIPS**  
(Neonatal Infant Pain Scale)

Observação	
<b>Expressão facial</b>	
0 = Fechado	Fechado, neutro, expressão neutra
1 = Calmo	Mobilidade facial baixa, relaxada, quieto e tranquilo com pouca expressão facial agitada = suor, boca e relaxamento
<b>Choro</b>	
0 = Nenhum	Nenhum, não chora
1 = Choro baixo	Choro baixo, fraco, intermitente
2 = Choro agitado	Choro alto, agitado, contínuo, que não responde de imediato
	(NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o bebê estiver acordado e é avaliado por um movimento físico facial e local)
<b>Resposta</b>	
0 = Nenhum	Não responde para o bebê
1 = Modesta ou resposta	Resposta agitada, mas rápida de que o bebê, relaxado, que responde a respiração
<b>Bruxos</b>	
0 = Nenhum ou ausente	Ausente de movimentos, movimentos oculares e espasmos dos braços
1 = Pouco ou moderado	Bruxos baixos, moderados ou moderados e bruxos agitados ou agitados
<b>Resaca</b>	
0 = Nenhum ou ausente	Ausente de movimentos, movimentos oculares e espasmos das pernas
1 = Pouco ou moderado	Resaca baixa, moderada ou moderada e bruxos agitados ou agitados
<b>Estado de vigília</b>	
0 = Desacordado	Calmo, tranquilo, e dorme ou acordado e calmo
1 = Agitado	Ativo, agitado e agitado

(Fonte: DGS, 2010)

**PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)**

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	idade gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio base	Estado de alerta	Ativo / acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo / dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	70 – 4 bpm	75 – 14 bpm	75 – 24 bpm	75 – 25 bpm
	SO <sub>2</sub> mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,8 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ 7,5 %
	Taxa facial	Ausente (0 a 5% do tempo)	Mínimo (10-30% do tempo)	Moderado (40-60% do tempo)	Máximo (70% do tempo)
	Olhos apertados	Ausente (0 a 5% do tempo)	Mínimo (10-30% do tempo)	Moderado (40-60% do tempo)	Máximo (70% do tempo)
	Suço naso-labial	Ausente (0 a 5% do tempo)	Mínimo (10-30% do tempo)	Moderado (40-60% do tempo)	Máximo (70% do tempo)

(Fonte: DGS, 2010)

**FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)**

IDENTIFICAÇÃO			DATA											
			hora											
	0	1	2											
FACE	nenhuma expressão particular ou sorriso	Carinha ou expressão facial de dor em quatro, intermitente, intercessiva	Tensão frequente de olhos, mandíbula cerrada											
MEMBRAS	flexão normal em repouso	Erigidas, agitas, tenas	Uma pontada ou estímulos											
ATIVIDADE	Contato extremamente pouco normal, exceto se facilmente	Contato com as, abando se para trás e para a frente, bruto	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos											
CHORO	ausência de choro (contido ou abstraido)	Distrito ou choramingos, quebras intermitentes	Choro persistente, gritos ou outros sons frequentes											
CONSOLABILIDADE	satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toque, abraço ou palavras encorajadoras, pede ser abraçado	Dificil de consolar ou confortar											
			<b>Pontuação total</b>											

© The Regents of the University of Michigan

(Fonte: DGS, 2010)

**FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised  
(FLACC-R)**

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

© The Regents of the University of Michigan

(Fonte: DGS, 2010)

### ESCALA DE FACES WONG-BAKER



#### Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.

Peça à criança que escolhe a face que melhor descreve como ela se sente.

(Fonte: DGS, 2010)

### ESCALA DE FACES Revista



Nas instruções que se seguem, diga "magoar" ou "doer", de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

"Estes caras mostram o quanto algo pode magoar. Este cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponte para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento]."

Hicks et al., 2001; Bieri et al., 1990: <http://naismorebook.ca/pdfs/pdf9.pdf>

(Fonte: DGS, 2010)

#### Escala Numérica

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

(Fonte: DGS, 2003)

**Anexo II**  
**Instrumento de Avaliação da Dor Pediátrica do Adolescente: Diagrama**  
**Corporal para Localização da Dor**



Apêndice 4 – Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de  
Ética Relativos a Estudos de Investigação

	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	---	----------

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos eletronicamente. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do Projeto:** O Papel do Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor Aguda na criança dos 0 aos 6 Anos de idade

**Identificação do(s) Proponente(s)**  
**Nome(s):** Alexandra Isabel Rodrigues Castro  
**Filiação Institucional:**  
 Estudante de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.  
 Enfermeira a exercer funções no Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia do Hospital

**Investigador responsável/orientador:** Professora Doutora Dulce Cruz

**Justificação:**  
 A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* [IASP], como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve a componente sensorial e emocional, e que se associa a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão (Merskey H., & Bogduk N., 1994). Assim, a dor é um fenómeno complexo e subjetivo, que envolve vários componentes que lhe estão associados, e que acompanha de forma transversal a maioria das situações patológicas que envolvem cuidados de saúde, afetando a pessoa na sua globalidade (Direcção-Geral de Saúde [DGS], 2003; DGS, 2010).  
 Em 2003 considerou-se em Portugal a Dor como sendo um sinal vital, devendo esta ser encarada como uma prioridade na prática dos cuidados de saúde (DGS, 2003).

	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>PR.344.0</b>
--	--	-----------------

Em 2017, com o contínuo objetivo da melhoria efetiva da qualidade de vida dos doentes com dor, a DGS preconiza nas suas metas para 2020 (inseridas no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor): “contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor”; “promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde” e “contribuir para a literacia dos cidadãos em relação à prevenção e controlo da dor”, (DGS, 2017, p. 5). Assim, uma correta abordagem da dor é um direito das pessoas e um dever ético de todos os profissionais de saúde, fazendo parte das suas competências, sendo considerada pelas entidades acreditadoras internacionais, como um padrão de qualidade dos cuidados indispensável à humanização dos cuidados (*Joint Commission International [JCI], 2011*).

A dor, ao ser caracterizada como uma experiência individual e que afeta a pessoa na sua globalidade, torna-se ainda mais complexa quando a pessoa que a experiencia é uma criança. Devido às suas suscetibilidades inerentes, as crianças são mais vulneráveis e vivenciam os processos dolorosos de forma traumática e stressante, que pode ter repercussões imediatas e/ou a longo prazo (DGS, 2012a e DGS, 2012b). Desta forma, é importante que os enfermeiros sejam capazes de reconhecer a dor, intervindo de forma a minimizá-la/tratá-la de modo adequado, implementando estratégias promotoras do desenvolvimento da criança. Assim, torna-se imprescindível diagnosticar a presença e intensidade da dor através de instrumentos de avaliação (válidos, seguros e clinicamente sensíveis), intervir perante a dor e posteriormente registar no processo clínico, tal como preconizado na orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS (DGS, 2010). Torna-se também imperativo prevenir uma dor que é previsível associada à realização de um procedimento invasivo, devendo ser implementadas estratégias de alívio da dor, através de intervenções não farmacológicas, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (DGS, 2012a; DGS, 2012b; OE, 2013).

Relativamente ao uso de intervenções não farmacológicas na prevenção e tratamento da dor, analisando um estudo de Luís Batalha de 2013 sobre a prevalência do tratamento não farmacológico no controlo da dor na criança, pode concluir-se que o seu uso decresceu de 72% em 2002, para 15% em 2012 (Batalha, 2013). Assim, ao refletir sobre o estudo acima referido e as metas preconizadas no Plano Nacional de Controlo e Prevenção da Dor da DGS de 2017, urge a necessidade de investir nesta temática, a fim de se promover a qualidade de vida da população, nomeadamente, no que concerne à criança e família.

Desta forma, tendo em conta o anteriormente referido, o objetivo deste estudo será evidenciar o papel do enfermeiro na prevenção e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos de

	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>PR.344.0</b>
--	--	-----------------

idade, e contribuir para a promoção de cuidados holísticos e humanizados.

**OBJETIVOS DO ESTUDO:**

**OBJETIVO GERAL**

- Evidenciar o papel do enfermeiro na prevenção e controlo da dor aguda em crianças do 0 aos 6 anos de idade.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as práticas de prevenção e controlo da dor na sala de vacinação;
- Aumentar a literacia das famílias na minimização da dor das crianças no contexto da vacinação;
- Contribuir para a valorização e instituição de medidas de controlo da dor aguda que são eficazes e baseadas na evidência;
- Contribuir para a valorização e instituição de instrumentos de avaliação da intensidade da dor.

Data prevista de início dos trabalhos: Dezembro de 2018

Data prevista de fim dos trabalhos: Janeiro de 2019

**Metodologia**

**Tipo de Estudo:**

- Estudo de descritivo e exploratório

**População e Amostra/Informantes:**

- Enfermeiros da Unidade Saúde Familiar –
- Pais, cuidadores formais e informais de crianças com idade entre os 0 e < 7 anos que recorram à Unidade de Saúde Familiar – , durante o período de realização da recolha de dados;
  - O questionário pode ser preenchido pela mãe/pai, cuidadores formais e informais;
  - Pais com mais de um filho com idades entre os 0 e < 7 anos preenchem um questionário por cada filho.

**Crítérios de Inclusão:**

	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO A COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>PR.344.0</b>
--	--	-----------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros da Unidade Saúde Familiar –</li> <li>• Pais, cuidadores formais e informais de crianças com idade inferior a 7 anos, que recorram à Unidade Saúde Familiar durante o período da recolha dos dados.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excluem-se os pais, cuidadores formais e informais de crianças com 7 ou mais anos</li> </ul> <p><b>Dados pretendidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os enfermeiros serão abordados sobre o estudo que se encontra a ser desenvolvido, sendo-lhes apresentando o tema, objetivo geral e a colaboração requerida (preenchimento de um questionário semiestruturado, em formato de papel). Se os enfermeiros decidirem participar no estudo será entregue o consentimento informado para que possam ler e assinar.</li> <li>• Os pais, cuidadores formais e informais serão abordados sobre o estudo que se encontra a ser desenvolvido, sendo-lhes apresentando o tema, objetivo geral e a colaboração requerida (preenchimento de um questionário semiestruturado, em formato de papel). Se decidirem participar no estudo será entregue o consentimento informado para que possam ler e assinar.</li> <li>• Os questionários poderão ser aplicados pelo investigador principal – estudante de mestrado ou pelo enfermeiro tutor. O investigador que aplica o questionário, assina o consentimento informado.</li> </ul> <p><b>Locais onde Decorre a Investigação:</b></p> <p>A entrevista irá decorrer nas instalações da Unidade Saúde Família num gabinete que garanta condições de privacidade, anonimato e conforto para os participantes.</p> <p><b>Instrumento(s) de Colheita de Dados:</b></p> <p>Questionários em anexo.</p> <p><b>Garantia de Confidencialidade:</b></p> <p>Toda a informação relacionada com os sujeitos será anónima, sendo salvaguardada a confidencialidade da informação obtida. Serão cumpridos os princípios da Declaração de Helsinquia e as revisões posteriores para os estudos em humanos.</p> <p><b>Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes:</b></p> <p>A participação no estudo é livre e esclarecida. Esta garantia está descrita no termo de</p>
---

	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>PR.344.0</b>
--	--	-----------------

consentimento informado.

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Não há qualquer previsão de danos para os sujeitos da investigação, podendo estes abandonar o estado durante o período de investigação.

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Pretende-se que a investigação traga benefícios, na prestação de cuidados de qualidade às crianças e famílias.

**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação.  
Não existem compensações financeiras.

---

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 25/11/2018

O Proponente:

Alexandra Isabel Rodrigues Castro

(Assinatura manuscrita)

	<p style="text-align: center;"><b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PR.344.0</b></p>
--	---	--

---

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. Saúde e Tecnologia. Suplemento. p .16-21. ISSN: 1646-9704.
- Direção Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa N° 09/DGCG Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). N. 022/ 2012. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). N. 024/2012. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Ministério da Saúde. Lisboa.
- *Joint Comission International*. (2011). Padrão de Acreditação da *Joint Comission International* para Hospitais. Tradução Oficial para Português. 4º. Ed. [Acesso a 25 de Novembro de 2018]. Disponível em <http://docplayer.com.br/28159334-Catalogacao-na-fonte.html>.
- Merskey&Bogduk (1994). "*Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage*" *Classification os Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy, Second Edition* p. 209-214 [Acesso a 26 de Novembro de 2018]. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=169&navItemNumber=576>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série I. N.º 6. Lisboa: OE.

	<b>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>PR.344.0</b>
--	--	-----------------

<b>ANEXOS</b> Folha de Consentimento Informado Instrumentos de Colheita de Dados Curriculum Vitae da Proponente
--

Apêndice 5 – Instrumento de Colheita de Dados Enfermeiros – Questionário

## QUESTIONÁRIO

### Parte I

#### Dados Sociodemográficos

Assinale com um X de acordo com a situação.

**Gênero:**

- Masculino
- Feminino

**Faixa Etária:**

- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- >60 anos

**Habilitações Literárias:**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Curso de Pós-Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutorado

**Experiência Profissional:**

- 0 a 4 anos
- 5 a 9 anos
- 10 a 14 anos
- 15 a 19 anos
- 15 a 19 anos
- > 20 anos

### Parte II

#### Percepção sobre a avaliação da dor na criança

Com que frequência utiliza escalas de avaliação da dor?

- Nunca
- Raramente
- Regularmente
- Frequentemente
- Sempre

Quais as escalas de avaliação da dor na criança que conhece?

---

---

---

---

---

Quais as escalas de avaliação da dor na criança, que utiliza na sua prática clínica?

---

---

---

---

---

No exercício da sua atividade profissional, que dificuldades encontra na avaliação da dor na criança?

- Falta de tempo
- Desconhecimento
- Falta de recursos
- Outra(s). Quais:

---

---

---

### Parte III

#### Percepção sobre a prevenção e controlo da dor aguda

Com que frequência utiliza estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança?

- Nunca
- Raramente
- Regularmente
- Frequentemente
- Sempre

Que estratégias utiliza para prevenção da dor na criança, na realização de injeção intramuscular ou subcutânea?

---

---

---

---

---

Que estratégias utiliza para prevenção da dor na criança, na realização de punção de calcanhar?

---

---

---

---

---

---

**Com que estratégias considera tem obtido melhores resultados?**

---

---

---

---

---

**No exercício da sua atividade profissional, que dificuldades encontra na utilização de estratégias para controlo da dor na criança?**

- Falta de tempo
- Desconhecimento
- Falta de recursos

Outra(s). Quais:

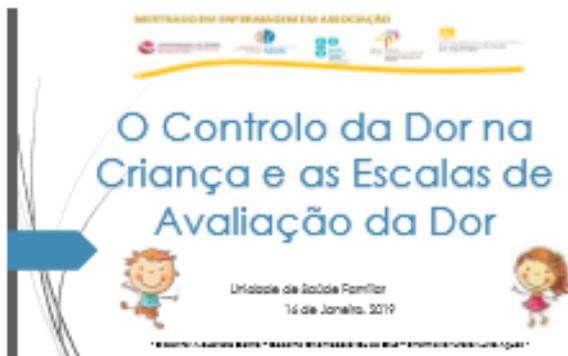
---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 6 – Sessão de Formação – “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”



### Objetivos

**OBJECTIVO GERAL:**

- Promover modelos de boas práticas no controlo, avaliação e registo da dor na criança.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- Divulgar a eficácia de intervenções de prevenção e alívio da dor na criança;
- Conhecer diferentes escalas de monitorização da dor na criança;
- Sensibilizar e apoiar multiprofissionais a importância da avaliação e registo da dor na criança.

### sumário

- Enquadramento teórico – O controlo da dor na criança;
- As intervenções não farmacológicas no alívio da dor na criança;
- Apresentação da "Cartilha Sem Dor-Dor";
- A administração de sacos de gelo - (Divulgação da Norma da USFA);
- O uso do EVA2 na prevenção da dor (apresentação do folheto informativo);
- A Monitorização da Dor;
- As escalas de avaliação da dor na criança recomendadas pela Direção-Geral da Saúde;
- O registo da dor na aplicação informática "SOLiaco" (exemplificação).

### Enquadramento teórico – O controlo da dor na criança

“A dor é sentida pelo homem em qualquer situação física, emocional, social, espiritual, e que se associa a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão.”  
(Wendy N. & Segal N., 1974)

“A dor é o estado da dor no ser humano que é, atualmente, considerada pelo sistema nervoso central, e não intencional como dor de qualidade”.  
(Direção-Geral da Saúde (DGS) 2010 p.4)

“O controlo da dor deve, pelo menos, ser considerado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a integridade e humanização dos cuidados de saúde”.  
(DGS, 2003, p.4)

### Enquadramento teórico – O controlo da dor na criança (cont.)

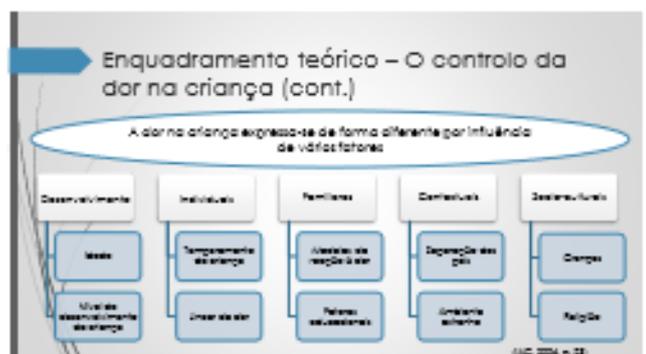
Diferença de reações no ser humano de acordo com o estado físico de crescimento (idade, estrutura do ser).

As crianças em geral guardam memória de dor, e que esta não deixa, pelo ter consequências imediatas e a longo prazo.

As experiências dolorosas, sobretudo, podem ter efeitos a longo prazo no sistema de dor, como a redução da limiar de dor e a hipersensibilidade.

As experiências dolorosas, e dor pelo ter consequências ao nível do desenvolvimento cerebral, sobretudo em fase e nos primeiros 3 anos de vida, podem provocar efeitos negativos, como problemas comportamentais, mais propensão ao medo, a longo prazo, e, sobretudo, problemas psicológicos como a depressão, ansiedade e agitação.

(DGS, 2003, p. 28)



## Enquadramento teórico – O controlo da dor na criança (cont.)

O adequado tratamento da dor é um direito que existe para todas as pessoas, nomeadamente as crianças, que pelas suas vulnerabilidades, vivenciam os processos dolorosos de uma forma traumática e stressante, associada ao medo, ansiedade e incerteza.

Uma correta avaliação e tratamento da dor podem ter efeitos na redução da morbilidade e na duração do internamento, minimizando o desconforto e prevenindo complicações futuras.

Embora as pesquisas na área da prevenção e tratamento da dor tenham evoluído nos últimos anos, ainda existem algumas lacunas no conhecimento por parte dos profissionais.

(Ferreira, 2010; Terezi, 2006; Dumas, 2006, 2014)

## Mudança de Paradigma

A prevalência do tratamento não farmacológico decreased de 70% em 2009, para 12% em 2012.

É inadequado realizar procedimentos dolorosos em crianças sem prevenção e alívio da dor.

(Batalha, 2013)

Componentes essenciais (não negociáveis) em procedimentos com agulha

Sedação para crianças de 0 a 12 meses de idade

---

Posicionamento para conforto

---

Anestesia tópica

---

Distração

(Pacheco et al., 2014)

## As intervenções não farmacológicas no alívio da dor na criança

As intervenções não farmacológicas podem ser uma "farmácia" primária no controlo da dor na criança.

Podem definir-se como "(...) intervenções de carácter psicológico, psíquico ou como complemento das analgésicas, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica".

(Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p. 13)

## Intervenções Não Farmacológicas

- A **sedação** é considerada uma intervenção analgésica que consiste em reduzir a sensibilidade materna e a sensação dolorosa. Consiste em sedar a mãe antes da punção e após o procedimento.
- Suplex** não verbal, consiste em situações como música relaxante, que pode estar associada ou não à administração de gases e O2 ou oxigénio e O2.
- Oxigénio** a 20% ou 30% e O2, em situações específicas podem ajudar a libertação de endorfinas através da utilização de oxigénio em situações de dor. O oxigénio é administrado por meio de máscara facial antes do procedimento. Consiste em utilizar 1 litro de oxigénio por minuto até ao nível de 2m.
- Música** Consiste em promover a sensação materna através de uma estratégia multissensorial, que envolve o olfato, a audição e o tato e o relaxamento através da utilização de música relaxante. Consiste em administrar música relaxante por meio de fones de ouvido durante o procedimento.

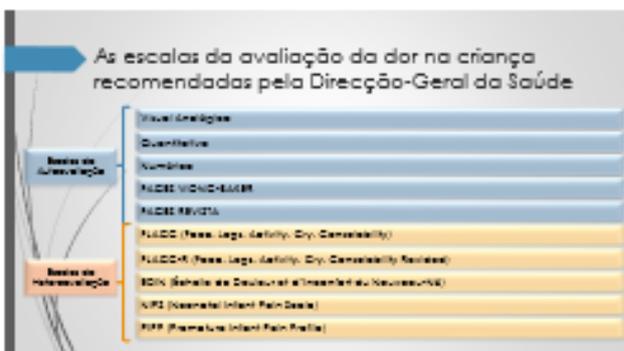
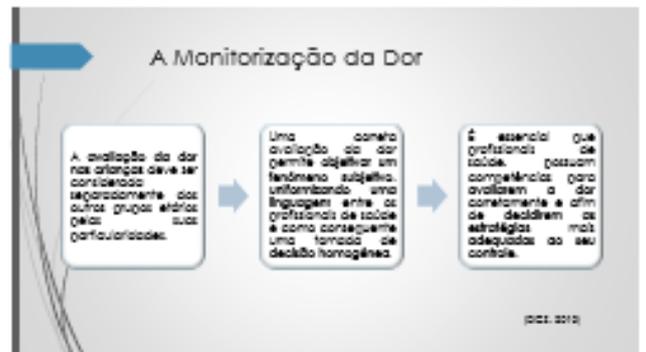
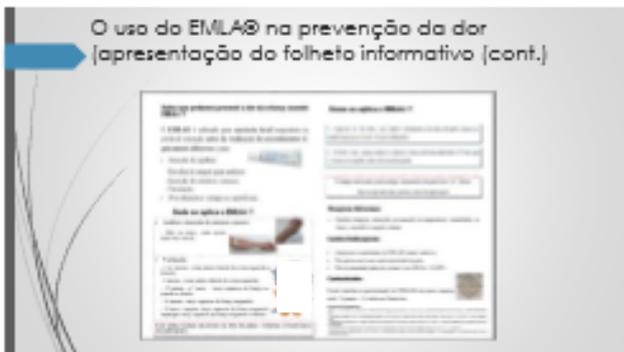
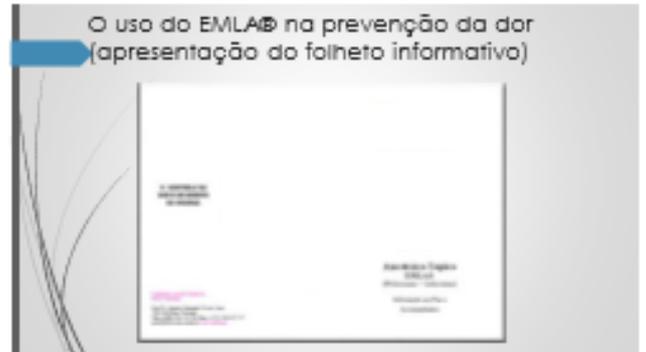
(OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010)

## Intervenções Não Farmacológicas (cont.)

- Contato** com toque ou massagem que promove a autoconsciência na respiração e alívio da respiração materna. Envolve o contacto físico com a mãe, com toque das mãos e pernas. A sensação manual através da utilização das mãos de preferência da mãe para regular a respiração, as pernas e as áreas de respiração; mantém os membros em fôlex e a sensação de relaxamento.
- O **posicionamento** das crianças na posição ventral durante a punção, ou sentadas ao lado das mães, ou em posição de apoio, reduz a ansiedade e promove a percepção de segurança da mãe e da criança.
- Mensagem** e explicação de 10 a 15 segundos sobre a intervenção utilizada.
- Alívio** através da utilização de métodos de controle da dor, como por exemplo a redução do ruído e da iluminação ambiente.

(OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010; OE, 2010)





### Escala Quantitativa

Escala Quantitativa

Sem Dor    Dor Ligera    Dor Moderada    Dor Intensa    Dor Máxima

Aplicável a todas as tipos de dor

Idade 2 a 4 anos

DOI, 1997, 21, 1001

### Escala Numérica

Sem Dor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Dor Máxima

Aplicável a todos os tipos de dor

Idade 6 a 8 anos (crianças que sabem escrever e contar podem usar números)

DOI, 1997, 21, 1001

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

observação		0	1	2
face	expressões faciais de dor	nenhuma expressão facial de dor	alguma expressão facial de dor	expressão facial de dor evidente
pernas	posição das pernas	pernas relaxadas	pernas tensas	pernas rígidas
atividade	atividade física	atividade normal	atividade limitada	atividade muito limitada
choro	tipo de choro	nenhuma expressão facial de dor	alguma expressão facial de dor	expressão facial de dor evidente
consolabilidade	consolação	consolado facilmente	alguma dificuldade de consolação	consolado com dificuldade

Aplicada na dor aguda

Desempenho relativamente adequado de crianças com idade 4 a 7 anos

DOI, 1997, 21, 1001

### FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised)

Aplicada na dor aguda

Idade entre os 4 e os 8 anos com múltiplas tentativas

DOI, 1997, 21, 1001

### Escala de Faces Wong-Baker

Aplicável para todos os tipos de dor

Idade 3 a 3 anos

DOI, 1997, 21, 1001

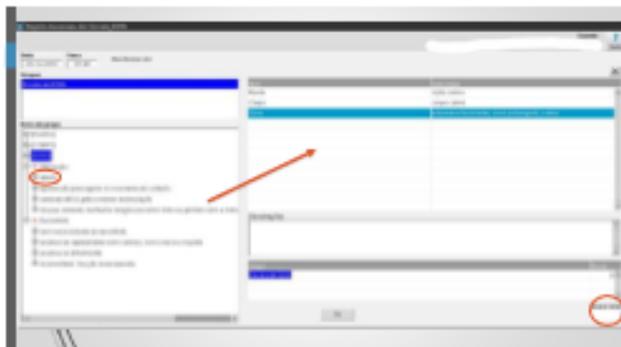
### Escala de Faces Revista

Aplicável para todos os tipos de dor

Idade 3 a 3 anos

DOI, 1997, 21, 1001





### Considerações Finais

- A dor não controlada representa um aumento do sofrimento vivenciado pela criança/família, tendo impacto na sua qualidade de vida.
- O controle da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática.
- Os profissionais de saúde devem ser capazes de interpretar e reconhecer os sinais de dor na criança, avaliando-a, de forma a intervir antecipadamente, minimizando-a, tratando-a e registando a sua intensidade.
- A utilização de intervenções não farmacológicas para a prevenção e alívio da dor promove o modelo dos cuidados humanizados, contribuindo para as práticas de excelência, tornando-se numa parte fundamental dos cuidados.

### O Futuro ....

<http://www.buzzysensory.com/>

### O Futuro ....

<http://www.buzzysensory.com/>

### Bibliografia

1. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2010). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

2. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2011). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

3. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2012). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

4. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2013). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

5. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2014). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

6. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2015). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

7. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2016). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

8. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2017). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

9. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2018). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

10. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APENCS). (2019). *Guia de prática clínica: avaliação e tratamento da dor em crianças e adolescentes*. Lisboa: APENCS.

"A diferença entre o impossível e o possível reside na determinação de um Homem".  
 Tommy Lee Jones

Obrigada pela vossa atenção 😊

Apêndice 7 – Procedimento – Administração de Sacarose para Alívio da Dor no  
Recém-Nascido e Primeiro Ano de Vida

 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b> <small>1976</small>	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	PR.XXX.X	
		REVISÃO	FOLHA
		Nº 00 Mês/Ano 00/00	1/10

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

**SUMÁRIO**

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. ANEXOS

CONTROLE DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
NOME:	NOME:	
DATA:	DATA:	
ASSINATURA:	ASSINATURA:	
		DATA:

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

2/10

Mês/Ano

00/00

**1. OBJETIVO**

Definir e uniformizar os critérios para administração da sacarose, em procedimentos invasivos, de forma a prevenir, diminuir e/ ou aliviar a dor no recém-nascido e até ao primeiro ano de vida.

**2. APLICAÇÃO**

Aplica-se no Serviço de Neonatologia/Pediatria/Urgência Pediátrica e Consulta Externa de Pediatria do Hospital . e Cuidados de Saúde Primários – Unidade Local de Saúde do

**3. REFERÊNCIAS**

- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*: 38(4):144-51.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N. 014/2010. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). N. 022/ 2012. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). N. 024/2012. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Handbook of Non Drug Interventions (HANDI) Project Team. (2013). Sweet solutions for procedural pain in infants. *Australian Family Physician*. 42 (8).
- Harrison, D. (2008). Oral sucrose for pain management in the paediatric emergency department – a review. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Elsevier: 11, 72-79. doi:10.1016/j.aenj.2008.02.004
- Harrison, D., Stevens, B., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Beyene, J., Ohlsson, A. (2010). Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

3/10

Mês/Ano 00/00

12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child 95: 406-413.  
doi:10.1136/adc.2009.174227

- Stevens B., Yamada J., LeeGY, Ohlsson A. (2013). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library, Edição 1. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>.

- Stevens B., Yamada J., Ohlsson A., Haliburton S., Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). Cochrane Data base of Systematic Reviews. Edição 7. Art.No.:CD001069. DOI:10.1002/14651858.CD001069.pub5.

#### 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

##### Definições:

**Sacarose** – dissacarídeo formado por glicose e frutose. Utiliza-se em solução (sacarose 24% em água), por via oral para reduzir as respostas de dor em recém-nascidos e no primeiro ano de vida, através da estimulação oro-gustativa, uma vez que, induz a libertação de opióides endógenos.

##### Abreviaturas:

**EDIN** - Échelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau Né

**FLACC** - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

**FLACC-R** - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revided)

**IG** - Idade Gestacional

**ML** - Mililitros

**NIPS** - Neonatal Infant Pain Scale

**PIPP** - Premature Infant Pain Profile

**RN** - Recém-Nascido

#### 5. REQUISITOS

Requisitos materiais: Sacarose 24% e Seringa de 1 ou 2 ml

#### 6. RESPONSABILIDADES

---

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

4/10

Mês/Ano 00/00

A gestão adequada da dor e da responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Cabe ao enfermeiro:

- Informar os pais/ pessoas significativas do RN ou criança no primeiro ano de vida sobre o procedimento;
- Proceder, sempre que se justifique, a administração da sacarose no RN ou criança no primeiro ano de vida;
- Avaliar e registar a intensidade da dor.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 A administração de sacarose para o alívio da dor está **indicada** em procedimentos invasivos ou potencialmente invasivos a curto prazo, nomeadamente:

- Colocação de cateter endovenoso
- Recolha de sangue
- Administração de intramusculares e ou subcutâneas
- Função de calcanhar
- Função lombar
- Sutura
- Limpeza de feridas
- Remoção de penso
- Cateterismo urinário
- Função vesical
- Aspiração de secreções
- Inserção de sonda naso ou orogástrica
- Exame oftalmológico
- Outro

Nesta lista de procedimentos recomenda-se para os mais invasivos a associação de outras intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas.

7.2 A administração de sacarose para o alívio da dor está **contra-indicada** nas seguintes situações:

- Intolerância à frutose e ou sacarose
- RN prematuro com alto risco de enterocolite necrosante
- Prematuros de extremo baixo peso
- Hiperglicémia
- Pausa alimentar
- Outro contexto que não o de dor aguda associada à realização de procedimentos invasivos (ex. dor crónica, para acalmar RN)

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

Mês/Ano

00/00

5/10

7.3 A dor deve ser avaliada utilizando a escala de EDIN; Escala de NIPS; Escala de PIPP; Escala de FLACC; Escala de FLACC-R, de acordo com a situação, antes, durante e após qualquer procedimento doloroso.

7.4 Procedimento:

**Administrar colução por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chupeta na colução (volume estimado é 0,1- 0,2ml), 2 minutos antes do procedimento**

**Em procedimentos superiores a 90 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 90 segundos**

<b>Dose mínima eficaz:</b>	<b>0,05-0,6 ml.</b>
<b>Doses máximas/procedimento:</b>	
<b>27-31 semanas de IG</b>	<b>0,6 ml</b>
<b>32-38 semanas de IG</b>	<b>1 ml</b>
<b>RN de termo e primeiro ano de vida</b>	<b>2 ml</b>

**As dosagens mínimas eficazes são entre os 0,05 - 0,6 ml**

7.5 Associar outras intervenções não farmacológicas para potencializar o seu efeito nomeadamente a sucção não nutritiva, a contenção manual ou com lençol, canguru materno, distração, massagem, presença dos pais, entre outros.

7.6 Registrar no processo:

- o A intensidade da dor antes e depois da administração da sacarose;
- o A hora e volume administrado;
- o Ocorrência de efeitos adversos;
- o Outras intervenções realizadas.

7.7 A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico de acordo com indicação da farmácia ou do fabricante.

## 8. ANEXOS

Escalas de Avaliação da Dor

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**
**REVISÃO**
**FOLHA**
**Nº**

00

**Mês/Ano**

00/00

6/10

**Anexo 1 – Escala de EDIN (Échelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau Né)**

IDENTIFICAÇÃO				0	1	2	3										
<b>POSTO</b>	Respiração	Respiração tranquila, sem esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço / sem esforço	Respiração tranquila, com esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço	Respiração tranquila, com esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço	Respiração tranquila, com esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço	Respiração tranquila, com esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço	Respiração tranquila, com esforço / Não cianótica / sem esforço / sem esforço										
<b>CORPO</b>	Corpo relaxado	Aplicação transitória, geralmente calma	Aplicação frequente, mas calma	Aplicação constante, irritação nos membros ou irritação muito prolongada, com ou sem choro													
<b>SONO</b>	Adormecimento, sem perturbação, sono	Adormecimento	Adormecimento, com perturbação, sono	Não adormece													
<b>INTERAÇÃO</b>	Alvo	Apresenta interação no momento do contacto	Interacção difícil, geralmente com irritação	Interacção difícil, irritação constante, choro ou grito com ou sem irritação													
<b>RECÓNFORTO</b>	sem necessidade de recónforto	Alívio ou recónforto com sucção, com ou sem choro	Alívio ou recónforto	recónforto, irritação constante													
<b>POSTURAÇÃO TOTAL</b>																	

Adaptado de: Aguiar R, Aguiar R, Tavares M, Magalhães M, Aguiar M. Escala de avaliação da dor no recém-nascido. Acta Medica (Porto) 2005; 18(2): 149-55.

(Fonte: DGS, 2010)

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

Mês/Ano

00/00

7/10

## Anexo 2 – Escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Instrução	
<b>Expressão facial</b>	
1 - Abundante	Faca sorriso, expressão neutra
1 - Cansa	Abundante facial neutro, indiferença, pouco e nenhuma lágrimas (expressão facial agitado – ansio, foca e indiferença)
<b>Choro</b>	
1 - Ausente	Sem ou não choro
1 - Caracteriza	Caracteriza intenso, inconsolável
1 - Cloro típico	Cloro alto, agudo, contínuo, que não responde à sucção OCHA. O Cloro classifica pela sua duração se é ECI sobre o choro e é enfiado por sua aparência (foco facial e local).
<b>Respiração</b>	
1 - Abundante	Respiração normal por e ECI
1 - Abundante e irregular	Respiração irregular, não típico de que normal, silenciosa, que aguda e irregular
<b>Bruxos</b>	
1 - Abundante/Caracteriza	Abundante de rigidez muscular, contínuo e irregular e espasmos de braços
1 - Abundante/Caracteriza	Bruxos neutro, estranho e irregularmente rígido e irregular
<b>Postura</b>	
1 - Abundante/Caracteriza	Abundante de rigidez muscular, contínuo e irregular e espasmos de pernas
1 - Abundante/Caracteriza	Postura neutro, estranho e irregularmente rígido e irregular
<b>Estado de vigília</b>	
1 - Desatento	Cloro, agitado, e foca no acordado e estranho
1 - Agitado	Alerta, agitado e agitado

Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay I, Macmurray SR, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Satalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediatr Port 2005; 36(4): 201-7.

(Fonte: DGS, 2010)

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA

REVISÃO	
Nº	00
Mês/Ano	00/00

FOLHA  
8/10

Anexo 3 – Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Made gestacional (tentativas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
Observa RN 11 engarrafos e avista FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem expressão facial	Activo dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem expressão facial
Observa RN 16 engarrafos	FC máxima	10-4 bpm	15-14 bpm	110-24 bpm	1 > 25 bpm
	SpO <sub>2</sub> mínimo	10-2,4 %	1 2,5-4,3 %	1 5,0-7,4 %	1 > 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 3% do tempo)	Mínimo (10-33% do tempo)	Moderado (45-63% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos esprechados	Ausente (0 a 3% do tempo)	Mínimo (10-33% do tempo)	Moderado (45-63% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Bolho naso-labial	Ausente (0 a 3% do tempo)	Mínimo (10-33% do tempo)	Moderado (45-63% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

(Fonte: DGS, 2010)

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

9/10

Mês/Ano 00/00

Anexo 4 – Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

IDENTIFICAÇÃO			DATA													
			DATA													
			HORA													
	0	1	2													
FACE	Arrebitado ou sorriso particular ou sorriso	Grúscas ou olhos fechados, sorriso de riso ou quando, em silêncio, desentona	Tenor frequente do rosto, sorriso contínuo													
MEMBROS	Posição normal ou relaxada	Respostas agudas, tensas	As pernas em atividade													
ATIVIDADE	Estado calmo, sono, ou tranquilo	Contínuo ou, quando se para para a frente, logo	Grúscas, rigidez com movimento brusco													
CHORO	Audível de longe (sustentado ou alternado)	Grúscas ou choramingos quando acordado	Choro persistente, gritos ou outros sons frequentes													
CONSOLABILIDADE	Sustentado, relaxado	Frustração por toque, abraço ou presença constante pode ser aliviado	Difícil de consolar ou confortar													
<b> Pontuação total</b>																

© The Regents of the University of Michigan

Watt, S, Tsuiji, S, T. Shoykhet, J, Miller, S. The FLACC: A behavioral scale for scoring comfort in pain in young children. Pediatric Nurs. 2007; 33(2): 205-11  
 Araújo IM, de Sá, G, de Sá, C, Araújo MM, Miguel AP. Avaliação cultural e validação da representabilidade do versão Portuguesa do escala de dor face, legs, activity, cry, consolability (FLACC) em crianças. Paediatric 2008; 107-14

(Fonte: DGS, 2010)

**ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE PARA ALÍVIO DA  
DOR NO RECÉM-NASCIDO E PRIMEIRO ANO DE VIDA**

REVISÃO

FOLHA

N° 00

10/10

Mês/Ano 00/00

**Anexo 5 – Escala de FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised)**

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

(Fonte: DGS, 2010)

Apêndice 8 – Instrumento de Colheita de Dados Pais – Questionário

## QUESTIONÁRIO

### Parte I

#### Dados Sociodemográficos

Assinale com um X de acordo com a situação.

#### Dados referentes à criança:

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero:

Masculino

Feminino

#### Dados referentes aos pais:

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero:

Masculino

Feminino

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

#### Habilitações Literárias:

Menos de 4 anos de escolaridade

4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)

6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)

9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)

12.º ano (ensino secundário)

Curso tecnológico/profissional/outras (Nível III)

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

### Parte II

#### Percepção dos pais sobre a dor na vacinação da criança

Como percebe que o seu filho tem dor associado à vacinação?

Chora

Grita

Fica agitado

Fica tenso

Tem tremores

Transpira

Resiste fisicamente/luta

Expressa "dói", "ai" e "au".

Esconde-se

Fecha os olhos

Cerra os punhos

Cerra os dentes

Outro(s). Quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Que estratégias utiliza para a minimização da dor no momento da vacinação do seu filho?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amamentá-lo                      | <input type="checkbox"/> Distraí-lo                            |
| <input type="checkbox"/> Oferecer-lhe chupeta             | <input type="checkbox"/> Prepará-lo/informá-lo do procedimento |
| <input type="checkbox"/> Imobilizá-lo/contê-lo            | <input type="checkbox"/> Combinar a recompensa                 |
| <input type="checkbox"/> Imobilizá-lo deitado             | <input type="checkbox"/> Outro(s). Quais?                      |
| <input type="checkbox"/> Imobilizá-lo sentado na marquesa | _____  |
| <input type="checkbox"/> Imobilizá-lo ao colo             | _____  |

**Que estratégias utiliza o seu enfermeiro para a minimização da dor no momento da vacinação do seu filho?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pedir-lhe para amamentar  | <input type="checkbox"/> Combina antes com o seu filho o comportamento esperado e a recompensa |
| <input type="checkbox"/> Pedir-lhe para oferecer a chupeta                                   | <input type="checkbox"/> Outro(s). Quais?  |
| <input type="checkbox"/> Pedir-lhe para o imobilizar/conter (deitado ou sentado na marquesa) | _____  |
| <input type="checkbox"/> Pedir-lhe para ficar ao meu colo                                    | _____  |
| <input type="checkbox"/> Usa técnicas de distração   |  |
| <input type="checkbox"/> Prepara antes/informa como irá ser                                  |  |

**Que estratégia considera ser a mais eficaz?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amamentar  | <input type="checkbox"/> Combinar antes o comportamento esperado e a recompensa |
| <input type="checkbox"/> Oferecer a chupeta                                 | <input type="checkbox"/> Outro(s). Quais?                                       |
| <input type="checkbox"/> Imobilizar/conter (deitado ou sentado na marquesa) | _____   |
| <input type="checkbox"/> Ficar ao meu colo                                  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Usar técnicas de distração                         |   |
| <input type="checkbox"/> Preparar antes/informar como irá ser               |   |

**Quais as suas dificuldades quando acompanha o seu filho na vacinação?**

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 9 – Resumo - Artigo de Investigação “Intervenções de Alívio da Dor usadas na Vacinação de Crianças até aos Seis Anos – Perceção dos Pais”

**INTERVENÇÕES DE ALÍVIO DA DOR USADAS NA VACINAÇÃO  
DE CRIANÇAS ATÉ AOS SEIS ANOS – PERCEÇÃO DOS PAIS**

**PAIN RELIEF INTERVENTIONS USED IN THE VACCINATION OF  
CHILDREN UNTIL THE SIX YEARS – PARENTS' PERCEPTION**

## **RESUMO:**

**Enquadramento:** A vacinação desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças evitáveis e como consequente, na manutenção da saúde pública global. Porém, pode ser um procedimento invasivo que provoca angústia e sofrimento para as crianças/famílias e profissionais de saúde que trabalham nesta área. **Objetivo:** Conhecer a perceção dos pais sobre as intervenções de alívio da dor usadas na vacinação de crianças até aos seis anos. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, com uma amostra constituída por 43 participantes. A colheita de dados foi realizada pelo preenchimento de questionários, dirigidos a pais de crianças até aos seis anos, que decorreu entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019. **Resultados:** Este estudo identifica que as intervenções mais utilizadas no alívio e controlo da dor foram a “imobilização ao colo”, a “distração” e o “preparar antes/informar sobre o procedimento”. De destacar que existem participantes que referem que os enfermeiros não utilizam qualquer tipo de intervenção. **Conclusão:** O uso de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas é crucial na prestação de cuidados humanizados, mas nem sempre as mesmas são usadas.

**Palavras-Chave:** Dor, Criança, Pais, Intervenções e Vacinação

**ABSTRACT:**

**Framework:** Vaccination plays a key role in preventing avoidable diseases and therefore in maintaining global public health. However, it can be an invasive procedure that causes distress and suffering for children / families and in healthcare professionals working in this area. **Objective:** To know the parent's perception about pain relief interventions used in the vaccination of children up to six years of age. **Methodology:** Descriptive and exploratory study, with a sample of 43 participants. The data collection was performed by filling in questionnaires, addressed to parents of children up to six years of age, between December 2018 and January 2019. **Results:** This study identifies that the most commonly used interventions for pain relief and control were "lap immobilization", "distraction" and "prepare before / inform about the procedure". It should be noted that there are participants who report that nurses do not use any type of intervention. **Conclusion:** The use of pharmacological and / or non-pharmacological interventions are crucial for humanized care delivery, but not always used.

**Key words:** Pain, Child, Parents, Interventions and Vaccination

Apêndice 10 – Consentimento Informado para os Pais

## Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Alexandra Isabel Rodrigues Castro, enfermeira, a desempenhar funções no Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia da Unidade Local de Saúde \_\_\_\_\_, encontra-se a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal.

Neste âmbito, está a desenvolver um estudo que tem como objetivo conhecer as práticas de prevenção e controlo da dor associado à vacinação. Foram selecionados, para tal, todos os pais, prestadores de cuidados formais e informais de crianças com idade compreendida entre os 0 aos 6 anos que recorram à Unidade de Saúde Familiar \_\_\_\_\_, durante o período da recolha de dados.

Solicita-se a sua participação como um contributo importante para a realização do processo de investigação, salientando a relevância para o desenvolvimento da área científica e consequentemente as vantagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A concretização deste estudo só será possível graças à sua colaboração, pelo que a equipa de investigação agradece desde já.

O carácter da participação no estudo é voluntário, podendo recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento. A participação no estudo não tem quaisquer custos ou prejuízo.

A confidencialidade e o anonimato serão garantidos, e todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos. Nenhum documento que venha a ser produzido, será incluída qualquer informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitado o preenchimento de um curto questionário, com duração de cerca de 5 minutos.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome Legível do Profissional de Saúde: Alexandra Isabel Rodrigues Castro

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cédula Profissional Nº.

Unidade Local de Saúde

Contacto Institucional do Profissional de Saúde:

E-mail: 170531055@estudantes.ips.pt

Nome Legível do Profissional de Saúde:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Unidade Local de Saúde

Contacto Institucional do Profissional de Saúde: :

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.*

*Em conformidade com a Norma nº 015/2012 de 02/08/2012 atualizada a 04/11/2015*

Apêndice 11 – Certificado de Participação nas XIV Jornadas de Pediatria do CHUA –  
Faro “Novas Realidades no Cuidar”

## Certificado de Presença

Certifica-se que **Alexandra Isabel Rodrigues Castro**, participou no Jornadas com o nome XIV Jornadas do Serviço de Pediatria "Novas realidades no cuidar", realizado nos dias 29 e 30 de Novembro 2018, no Auditório Verde - UALG - Gambelas.

Faro, 11 de Janeiro de 2019.

Organização:  
Raulo Bernardino Vieira



Coordenador do CFC

José Melo



Director do Serviço de Pediatria

## Apêndice 12 – Consentimento Informado para os Profissionais

## Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Alexandra Isabel Rodrigues Castro, enfermeira, a desempenhar funções no Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia da Unidade Local de Saúde ( ), encontra-se a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal.

Neste âmbito, está a desenvolver um estudo que tem como objetivo conhecer as práticas de avaliação da intensidade da dor e de prevenção e controlo da dor aguda. Foram selecionados, para tal os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar ( ).

Solicita-se a sua participação como um contributo importante para a realização do processo de investigação, salientando a relevância para o desenvolvimento da área científica e consequentemente as vantagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A concretização deste estudo só será possível graças à sua colaboração, pelo que a equipa de investigação agradece desde já.

O carácter da participação no estudo é voluntário, podendo recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento. A participação no estudo não tem quaisquer custos ou prejuízo.

A confidencialidade e o anonimato serão garantidos, e todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos. Nenhum documento que venha a ser produzido, será incluída qualquer informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitado o preenchimento de um curto questionário, com duração de cerca de 10 minutos.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome Legível do Profissional de Saúde: Alexandra Isabel Rodrigues Castro

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cédula Profissional Nº

Unidade Local de Saúde

Contacto Institucional do Profissional de Saúde:

E-mail: 170531055@estudantes.ips.pt

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.  
Em conformidade com a Norma nº 015/2012 de 02/10/2012 atualizada a 04/11/2015

## Apêndice 13 – Cronograma do Projeto

**Cronograma do Projeto:**

Semanas	2018 maio		2018 junho		Pausa Letiva	2018 Setembro		2018 outubro		2018 novembro		2018 dezembro		Pausa Letiva	2019 janeiro		2019 fevereiro		2019 março		2019 abril		2019 maio	
	1ª	2ª	1ª	2ª		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Atividades Planeadas																								
Pesquisa Bibliográfica																								
Diagnóstico da Situação e Definição de Objetivos																								
Planeamento das Atividades a Desenvolver																								
Implementação das Atividades Propostas																								
Elaboração do Relatório Final																								

**Legenda relativa aos contextos de estágio:**

-  Consulta Externa de Pediatria
-  Unidade de Cuidados Neonatais
-  Serviço de Pediatria
-  Unidade de Saúde Familiar
-  Continuidade das Atividades

Apêndice 14 – Plano da Sessão de Formação - “O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor”

<b>TEMA</b>	<b>O Controlo da Dor na Criança e as Escalas de Avaliação da Dor</b>		
<b>ORADORES</b>	Alexandra Castro		
<b>DESTINATÁRIOS</b>	Equipa Multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]		
<b>LOCAL</b>	Unidade Local de Saúde [REDACTED], Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]		
<b>DURAÇÃO DA SESSÃO:</b> 45 min	<b>DATA:</b> 16/01/2019	<b>HORA:</b> 12h15	
<b>OBJECTIVO GERAL:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover modelos de boas práticas no controlo, avaliação e registo da dor na criança.</li> </ul>		
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenciar a eficácia de intervenções de prevenção e alívio da dor na criança;</li> <li>• Conhecer diferentes escalas de monitorização da dor na criança;</li> <li>• Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da avaliação e registo da dor na criança.</li> </ul>		

<b>FASES</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento dos formandos;</li> <li>• Apresentação do preletor;</li> <li>• Objetivos da sessão.</li> </ul>	5 Min.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadramento teórico – O controlo da dor na criança;</li> <li>• As intervenções não farmacológicas no alívio da dor na criança;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da “Caixinha Sem Dói-Dói”;</li> <li>• A administração de sacarose a 24% - Divulgação do Procedimento da ULS – (Proposta de atualização e implementação nos Cuidados de Saúde Primários);</li> <li>• O uso do EMLA® na prevenção da dor (apresentação do folheto informativo);</li> <li>• A Monitorização da Dor;</li> <li>• As escalas da avaliação da dor na criança recomendadas pela Direcção-Geral da Saúde;</li> <li>• O registo da dor no aplicativo informático “<i>SClinico</i>” (exemplificação).</li> </ul>	25 Min.	
<b>Considerações Finais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos aspetos mais relevantes mencionados ao longo da sessão;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	10 Min.	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da Sessão através da aplicação de Questionário de Avaliação da Sessão de Formação (Modelo <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>).</li> </ul>	5 Min	
<b>METODOLOGIA</b>	Expositivo/ Interativo	<b>MEIOS AUXILIARES</b>	Computador, « <i>data show</i> », « <i>software powerpoint</i> », « <i>pendrive</i> » e <i>tela de projeção</i>
<b>Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante de Mestrado;</li> </ul>	<b>Avaliação</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professor Orientador;</li> <li>• Enfermeiro Tutor.</li> </ul>		
<b>Recursos Materiais:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Caixinha Sem Dói-Dói”;</li> <li>• Solução de sacarose 24%;</li> <li>• EMLA® creme;</li> <li>• Folheto EMLA®;</li> <li>• Dispositivo Buzzy®;</li> <li>• Escalas de avaliação da dor.</li> </ul>		Questionário de Avaliação da Sessão de Formação (Modelo [REDACTED]. ULS [REDACTED]).
<b>Recursos Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Formações da USF</li> </ul>	<b>Orçamento</b>	Não se aplica
<b>Previsão dos constrangimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliar as atividades da equipa multidisciplinar com o horário da sessão de formação.</li> </ul>		

