



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO
CONTROLO DE DOR - UM NOVO CAMINHO...***

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Maria Leonor de Oliveira Gil

Sob orientação da Prof.^a Lília Rosa Alexandre Vara

LISBOA, Abril 2011

“Precisamos resgatar a beleza da generosidade com pontos de vista divergentes e ter a curiosidade de conhecer uma forma de pensar diferente da nossa.”

Roberto Shinyashiki

Resumo

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. Contemporaneamente, existe uma preocupação particular pela dor da criança. Observa-se uma utilização crescente de estratégias não farmacológicas como forma de prevenir e tratar a dor e, apesar de não substituírem as medidas farmacológicas, o seu efeito deve ser valorizado.

É necessário compreender a génese da dor e conhecer quais as estratégias não farmacológicas no controlo de dor adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria a aplicação destas técnicas e contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, aumentando a qualidade dos cuidados prestados/ bem-estar do doente e desenvolver acções de enfermagem autónomas.

A interacção da criança com o ambiente faz com que o seu desenvolvimento seja dinâmico. Dado que os seus pais e família têm um importante papel no seu desenvolvimento, cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) promover o seu bem-estar dado ser aquele que está mais qualificado para transmitir conhecimentos/ informações que possam promover a saúde, prevenir a doença e desenvolver competências para lidar com situações que alterem o funcionamento familiar. A participação da família nos cuidados é essencial e o EESIP deve apoiar os seus elementos na expressão dos seus medos, dúvidas e angústias para que se possam encontrar soluções para eventuais problemas, estabelecendo assim uma parceria no cuidar, tão importante também no âmbito no tratamento de dor.

Este relatório surge na sequência de um projecto de estágio que decorreu em três módulos distintos e tem como objectivo descrever de forma crítica as acções realizadas e as competências adquiridas enquanto EESIP. O módulo I, efectuado no Centro de Saúde de Alvalade, centrou-se na promoção de hábitos de vida saudáveis na criança cigana residente na área de intervenção desta Unidade de Saúde. O módulo II foi realizado numa Unidade de Internamento pediátrico com as valências de Ortopedia e Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Pólo Hospital de Dona Estefânia e o módulo III decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Pólo Hospital Dona Estefânia, mantendo o projecto de estágio inicialmente delineado.

A metodologia de trabalho utilizada foi descritiva, analítica e reflexiva e ao longo do relatório será apresentado um conjunto de intervenções de enfermagem especializadas, direccionadas quer para a promoção da saúde na criança de etnia cigana quer para o controlo da dor na criança mediante a utilização de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor.

Palavras chave: *Dor; Criança; Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*

Abstract

Pain is a multidimensional and complex phenomenon. Nowadays, there is a particular concern regarding the child's pain. In order to prevent and treat pain, despite not replacing pharmacological measures, the use of non-pharmacological strategies has been increasingly observed and their effects should be valued.

Understanding the genesis of pain and knowing which non-pharmacological strategies on pain control are appropriate for each stage of childhood development is very important. The task of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health is to implement these techniques and contribute to the professional and personal development of nurses, increasing not only the quality of care/ patient welfare but also expanding nursing's autonomous actions.

The child's interaction with the environment leads to a dynamic development and parents and family have an important role in this process. Hence, it is up to the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health (NSPCH) to promote their welfare being the one more qualified to pass on knowledge/ information that may promote health, prevent disease and develop skills to handle situations that might distort family functioning. Family participation in care is essential and the NSPCH must support its elements in expressing their fears, doubts and anxieties so that they may find solutions to any problems, thereby establishing a partnership in care, so useful in the treatment of pain.

This report emerges from a project divided in three distinct modules and aims to critically describe the actions and skills acquired while NSPCH. The Module I, held in Centro de Saúde de Alvalade, led to a reformulation of the draft stage, with need to change the initial theme in order to focus on promoting healthy lifestyles in gypsy children living in this health unit's area of intervention. Module II was conducted in Pediatric's Orthopedics and Neurosurgery ward, in Centro Hospitalar de Lisboa Central - Pólo Hospital Dona Estefânia and module III was accomplished both in the Neonatal Intensive Care Unit and in the Pediatric's Emergency also in the same Institution, keeping the draft stage initially outlined.

It was used a descriptive, analytical and reflective methodology and throughout the report will be presented a set of specialized nursing interventions, either directed to the promotion of child health in the gipsy people or to how to control pain in children by using Non-Pharmacological Strategies in Pain Control.

Keywords: *Pain, Infant, Non-Pharmacological Strategies to Control Pain; Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health*

Agradecimentos

Ao meu marido, que, mesmo longe fisicamente, esteve sempre perto,

À minha família, pelo apoio incondicional,

Aos meus amigos, que estiveram sempre a meu lado,

Aos meus orientadores de estágio, todos eles com um papel extremamente importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria,

À professora Lília Rosa Alexandre Vara, pela disponibilidade e orientação ao longo da elaboração do Projecto, dos vários módulos de Estágio e da realização deste Relatório,

A todas as crianças e famílias, pois sem elas este percurso não faria sentido,

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o sucesso deste percurso,

A todos, o meu Muito Obrigada!

ABREVIATURAS

Art.º	Artigo
Av.	Avenida
bpm	batimentos por minuto
h	horas
km ²	kilómetro quadrado
n.º	número
p. ex.	por exemplo
Sr.	Senhor
vs	<i>versus</i>

SIGLAS

AC	Atendimento Complementar
ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
AMCP	Associação das Mulheres Ciganas Portuguesas
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BO	Bloco Operatório
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central
CNSCA	Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSPCG	Centro Social e Paroquial do Campo Grande
CVC	Cateter Venoso Central
DESS	<i>Doleur Enfant San Salvador</i>
DGS	Direcção Geral de Saúde
DVD	Digital Video Disc
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
ESE	Escola Superior de Enfermagem
ESIP	Especialidade Saúde Infantil e Pediatria
EESC	Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária
EMLA [®]	Eutetic Mixture of Local Anesthetics
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>

HDE	Hospital Dona Estefânia
HJM	Hospital Júlio de Matos
HP-HCIS	Hewlett Packard-Healthcare Information System
HSFX	Hospital São Francisco de Xavier
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MAC	Maternidade Alfredo da Costa
MDP	Modelo de Desenvolvimento Profissional
NIDCAP [®]	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
NTCD	Núcleo de Trabalho Contra a Dor
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONPC	Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos
OPS	<i>Objective Pain Scale</i>
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PSL	Parque de Saúde de Lisboa
REAP	Rede Europeia Anti Pobreza
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-nascido
Sat O ₂	Saturação de Oxigénio
SC	Saúde Comunitária
SI	Saúde Infantil
SIP	Saúde Infantil e Pediátrica
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
SV	Sinal Vital
S2S3	Serviço 3, Sala 2
TA	Tensão Arterial
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
UPM	Urgência de Pediatria Médica
UPC	Urgência de Pediatria Cirúrgica
USF	Unidade de Saúde Familiar

Sumário

0. INTRODUÇÃO	10
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
1.1. PORQUÊ A TEMÁTICA “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR EM PEDIATRIA”?.....	12
1.2. UMA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA TRANSCULTURAL EM CSP.....	18
2. MÓDULO I	21
2.1. CRECHE “A TARTATUGA E A LEBRE”.....	21
2.2. CENTRO DE SAÚDE DE ALVALADE (CSA)	23
3. MÓDULO II - SERVIÇO 3, SALA 2 DO CHLC, PÓLO HDE	33
4. MÓDULO III	39
4.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO CHLC, PÓLO HDE	39
4.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO CHLC, PÓLO HDE	47
3. CONCLUSÃO	55
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	62
Anexo I – Manual de apoio às sessões de formação efectuadas às crianças em idade escolar residentes no Bairro das Murtas	63
Anexo II - Desenhos para colorir e jogos em papel distribuídos após a formação de Higiene Oral.....	143
Anexo III – Livro “Brinca e aprende com o Zé Pintas”	145
Anexo IV – Poster “Cuidados ao Sol”	160
Anexo V – Algumas situações em que utilizaram Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor	162
Anexo VI - Documento para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, as suas necessidades de formação e a sua disponibilidade para saber mais sobre o tema.....	169
Anexo VII – Resultados obtidos na aplicação do documento para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, as suas necessidades de formação e a sua disponibilidade para saber mais sobre o tema....	173
Anexo VIII – Manual de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria elaborado para o S3S2	177
Anexo IX – Reflexão “Avaliação sistemática da dor”	234
Anexo X – “Régua” de escalas de hetero-avaliação.....	237
Anexo XI – Relatório das sessões de formação ministradas no S3S2.....	239
Anexo XII – Poster “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor” - S3S2	257

Anexo XIII – Reflexão acerca das dotações seguras em Pediatria	259
Anexo XIV – Lista das opções disponíveis no sistema a nível de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor	263
Anexo XV - Algumas situações em que se aplicou a técnica TAC-TIC.....	266
Anexo XVI – Conversas informais com alguns enfermeiros da UCIN para estabelecimento do diagnóstico de situação	268
Anexo XVII – Manual “TAC-TIC” – UCIN	272
Anexo XVIII – Poster “TAC-TIC”	279
Anexo XIX – Relatório das sessões de formação – UCIN.....	281
Anexo XX – Diplomas de Bom Comportamento	286
Anexo XXI – Reflexão acerca da importância do EESIP no SUP	288
Anexo XXII – Reflexão acerca das implicações éticas na prática de enfermagem.....	292
Anexo XXIII – Poster “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor” - SUP	296
Anexo XXIV – Poster “História de Dor”	298
Anexo XXV – Poster “Utilização do EMLA [®] e da Sucrose”.....	300
Anexo XXVI – Poster “Como ajudar o meu filho a lidar com a Dor?”	302
Anexo XXVII – Relatório da sessão de formação – SUP	304

0. INTRODUÇÃO

Integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa no Instituto de Ciências da Saúde, encontra-se a Unidade Curricular Estágio. O presente relatório surge na sequência da mesma e tem como finalidade demonstrar a capacidade da mestranda em identificar problemas e desenvolver estratégias para os solucionar, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões.

A escolha da temática “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor” surgiu na sequência da análise da sua abrangência e pertinência na área da Pediatria bem como do contexto de trabalho em que se insere a mestranda, visando um aprofundamento de conhecimentos relativos à intervenção do enfermeiro na área. O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Pólo Hospital Dona Estefânia (HDE) procura investir na formação dos seus enfermeiros nesta área e pretendeu-se, por isso, reforçá-la e valorizá-la, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na área da dor. Por outro lado, a utilização deste tipo de intervenções poderá contribuir para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que são intervenções de enfermagem autónomas. De facto, as alíneas E2.4. e E2.2.3 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 preconizam que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) deve utilizar *“terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”*, aplicando *“conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”*.

O Estágio dividiu-se em 3 Módulos. O Módulo I do Estágio, desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP), decorreu de 26 de Abril a 19 de Junho de 2010 e foi realizado no Centro de Saúde de Alvalade (CSA). Este módulo integrou ainda um período de observação de três dias na Creche “A Tartaruga e a Lebre” (procura integrar na sociedade o cidadão com deficiência mental), de 19 a 21 de Abril de 2010. O Módulo II do Estágio, desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de cuidados a crianças/ famílias em situações de doença aguda e/ ou crónica, foi efectuado no serviço 3, Sala 2 do CHLC - Pólo HDE de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010. O Módulo III do Estágio desenvolveu-se em duas fases: a primeira, direccionada para a prestação de cuidados em unidades de neonatologia, foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do CHLC – Pólo HDE de 22 de Novembro a 17 de Dezembro de 2010; a segunda, vocacionada para a prestação de cuidados à criança/ família em situação de urgência, foi realizada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do CHLC – Pólo HDE de 3 a 28 de Janeiro de 2011.

A escolha do local de estágio do Módulo I foi influenciada pela proximidade quer do local de trabalho quer da residência da mestranda. Os factores determinantes que

influenciaram a escolha dos locais nos Módulos II e III em particular prenderam-se com o facto de a mestranda exercer funções no CHLC – Pólo HDE, considerar que esta apresenta um cariz fortemente pediátrico e pretender dar continuidade ao projecto de Dor levado a cabo pelo Núcleo de Trabalho Contra a Dor (NTCD) não só ao longo do Estágio como após o *términus* deste. Além disso, é uma Instituição que defende a formação, a qualidade, a investigação e o desenvolvimento de formas de ligação do hospital com a comunidade, facilitando o desenvolvimento de parcerias no interesse dos doentes, dando assim resposta à finalidade do curso - contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde à criança, família e comunidade através da aquisição de competências de natureza científica, técnica, humana, cultural e ética, permitindo actuar de forma responsável nas intervenções de carácter autónomo e interdependente.

Este relatório tem como objectivos:

- Reflectir sobre o percurso/ trabalho realizado;
- Descrever e analisar de forma crítica as estratégias desenvolvidas e as actividades implementadas, os recursos utilizados e as competências que foram adquiridas e/ ou desenvolvidas no decurso do Estágio de acordo com os objectivos formulados no Projecto de Estágio.

Como metodologia de trabalho para a realização deste documento, optou-se pela reflexão e análise crítica das actividades desenvolvidas, fundamentadas em pesquisa/ investigação nas áreas temáticas já referidas e nas competências do EESIP estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Estruturalmente, começa por encontrar-se no Relatório a fundamentação teórica e justificação do tema desenvolvido. De seguida, apresenta-se todo o percurso desenvolvido, dividindo-o por capítulos correspondentes a cada Módulo de Estágio. Cada um destes capítulos começa por ter uma breve caracterização dos locais de estágio, seguindo-se uma análise crítica dos objectivos específicos de cada módulo e a apresentação das actividades implementadas para a sua concretização, efectuando-se um paralelismo tanto com a pesquisa como com as competências específicas de EESIP que foram desenvolvidas. Finalmente, na conclusão, realizou-se uma análise e reflexão do percurso formativo. Efectuam-se também algumas sugestões de mudanças no sentido de melhorar a qualidade de assistência de enfermagem.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo pretende-se fazer uma fundamentação do percurso efectuado no Estágio.

Encontra-se dividido em dois subcapítulos: 1 - Porquê o tema “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor” e 2 - “Uma Enfermagem Transcultural em CSP”.

1.1. PORQUÊ A TEMÁTICA “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR EM PEDIATRIA”?

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direcção-Geral de Saúde (DGS) (2003:1) refere que *“a Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)”* e que *“(...)o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”*. Constitui, desta forma, uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde.

De acordo com Corrie, citado por Holzman (2008:152), a dor é a interpretação da mente de diferentes processos moleculares e celulares que se combinam para produzir sinais eléctricos para o sistema nervoso, especialmente para as vias da dor. Constitui assim uma acção protectora do corpo que actua numa fase inicial como forma de aviso formulado para minimizar a lesão tecidual. O mesmo autor refere ainda que as experiências de dor vivenciadas na infância podem deixar “memória” no sistema nervoso que irá condicionar a resposta a estímulos dolorosos ao longo da vida.

A preocupação pela dor da criança em particular começou a assumir importância no final do século XX, altura em que começam a surgir os primeiros estudos que relatam diferenças entre o tratamento da dor em crianças e adultos em condições semelhantes. Contemporaneamente, apesar de o conhecimento acerca da sua epidemiologia nas crianças ainda não ser amplo, existe uma maior preocupação em avaliar e controlar a dor na criança. A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas em que, para poderem ser promovidas, a dor tem de ser *“alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de actividade como um outro sinal vital”* (Batalha; 2010:XIV). O próprio Guia Orientador de Boas Práticas para a Dor da OE prevê a utilização de Intervenções Não Farmacológicas. Batalha (2010) refere várias vezes ao longo da sua obra que o mais sério desafio que se coloca em relação a este problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde. Cabe então a cada profissional manter uma formação contínua e inteirar-se acerca dos recursos e estratégias ao seu alcance de

modo a efectuar um tratamento diferenciado da dor, como preconizado no Programa Nacional de Controlo da Dor.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP), citada por Batalha (2010:3) define a dor como sendo “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial e associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos*”. O autor considera que a definição descreve a dor como experiência individual e subjectiva, encerrando dois elementos indissociáveis: o sensorial – “*determinado neurofisiologicamente*” – e o emocional – “*baseado no estado afectivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e inúmeros outros factores de ordem pessoal, cultural e espiritual, que requerem aprendizagem desde muito cedo na vida*” (Batalha; 2010:3). Saber como a dor na criança pode ser influenciada auxilia os profissionais de saúde a efectuar a uma avaliação e implementação de estratégias de tratamento eficazes.

Batalha refere que têm sido debatidas várias teorias na tentativa de explicar o fenómeno da dor mas a Teoria do Portão ou *Gate Control Theory* (GCT), proposta por Melzack e Wall em 1965, é a que consegue explicá-lo de uma forma mais abrangente (Batalha; 2010:6-7): concebe a existência de uma estrutura neuronal – porta ou portão – que deixa ou não passar os impulsos eléctricos desde as fibras aferentes primárias até ao SNC. O portão abre ou fecha de acordo com o equilíbrio entre a actividade das vias aferentes primárias (fibras A β e A δ , C) e as vias descendentes do cérebro. Se actuarem as substâncias neurotransmissoras de excitação (a mais conhecida é a substância P) o portão abre; fecha mediante a libertação de substâncias neurotransmissoras de inibição. Quando o volume de informação que atravessa o portão excede um determinado nível crítico dá-se a activação de zonas neuronais responsáveis pela dor e sua reacção. A libertação de substâncias excitatórias deve-se às fibras A δ e C e as de inibição às A β . Estas últimas são estimuladas pela massagem, calor ou estimulação nervosa transcutânea de baixa intensidade e, ao libertarem neurotransmissores de inibição, levam ao encerramento do portão, impedindo a passagem de impulsos eléctricos para o cérebro. Se dominar a acção das fibras A δ e C, há libertação de substâncias excitatórias, levando à dor. No entanto, mesmo numa condição em que a acção das fibras A δ e C seja superior, o portão pode ser fechado pela acção das vias descendentes (actuam desde os centros corticais superiores através das vias nervosas de controlo descendente). Neste caso, há libertação de opiáceos endógenos, sendo os principais grupos as endorfinas, as encefalinas e as dimorfinas. Estas substâncias inibem a produção da substância P, o que explica o efeito terapêutico no alívio da dor de actividades como a diversão, distracção, concentração, aconselhamento ou mesmo do efeito placebo.

O mesmo autor continua referindo que

“a memória de experiências passadas, atenção e emoção podem influenciar a percepção e a reacção (...) à dor. Cada pessoa, ao ser única na sua identidade anatómica, fisiológica, psicológica, social e cultural, [tem] uma experiência subjectiva da dor. (...) O controlo mental feito através de factores ambientais e sociais conduz à “abertura ou fecho do portão”, pela influência que exercem nos processos fisiológicos” (Batalha; 2010:6-7).

Nesta perspectiva, o conhecimento da história de dor de cada criança (incluindo estratégias de *coping* que utiliza) é importante para que se consiga planear estratégias adequadas. Por outro lado, a *“influência da idade na percepção, modulação e manifestações da dor estão intimamente relacionadas”* (Batalha; 2010:18). Batalha (2010:15) recorda que a criança difere dos adultos em aspectos *“anatômicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos”*, levando a uma percepção da dor mais intensa e que pode ser mais ou menos superada de acordo com a mudança da sua neuroplasticidade em função de estímulos internos e externos.

Confrontadas com a falta de poder que têm relativamente à tomada de medidas anti-dor, com as dificuldades que têm muitas vezes de expressão linguística e com o facto de os adultos nem sempre conseguirem perceber a dor infantil, as crianças são muitas vezes vítimas de um controlo inadequado da dor, o que poderá ter um impacto no seu desenvolvimento e experiências posteriores. Batalha (2010:18) refere mesmo que *“nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentavam mais dor, mesmo quando eram empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor”* e que *“o modo como as crianças se lembram das experiências anteriores influenciam as suas respostas no futuro”* (Batalha; 2010:18).

Pelo facto de muitos dos medos que as crianças têm se prenderem com questões relacionadas com a dor física, a utilização de ferramentas de avaliação da dor, individualizadas e tendo como alvo o tratamento da dor, inclusive numa fase precoce, pode levar a uma estratégia de controlo de dor bem sucedida na vida futura. É importante que a criança aprenda a ultrapassar os seus medos, primeiro conhecendo-os e tomando consciência deles, arranjando de seguida estratégias para os dominar. Este conjunto de técnicas promove o controlo e auto-controlo, capacitando a criança/ jovem e família ou pessoa significativa de mecanismos de adaptação.

Brereton, citada por Mckenzie (1997:103), refere que o tratamento farmacológico será mais eficaz quando combinado com estratégias não farmacológicas no controlo da dor (a redução do medo e ansiedade são preponderantes e as estratégias não farmacológicas, complementares às farmacológicas na prevenção e controlo do medo/ ansiedade e dor, potenciam este resultado). Expõe ainda que o que é eficaz para uma criança em particular pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento, personalidade, família, cultura, profissionais presentes, a lesão e o ambiente.

Entre as Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor mais passíveis de serem utilizadas no contexto actual de prestação de cuidados de enfermagem em Portugal conta-se:

- Reforço positivo - transforma o significado da dor: o que antes era um acontecimento doloroso, torna-se um desafio. Normalmente é utilizado em conjunto com outras técnicas (Batalha, 2010:66-67);
- Estratégias de confronto – são estratégias cognitivas de confronto e conforto que devem ser combinadas com o relaxamento. Aqui inclui-se a auto-instrução, que se baseia

no princípio de que a criança se comporta mediante o que diz a si mesma em dada circunstância e o pensamento positivo que consiste em ensinar à criança declarações positivas para dizer quando estiver com medo e/ ou dor (Barros, 2003:68);

- Relaxamento criativo - é uma estratégia comportamental que ajuda a criança a controlar o medo e a aumentar a tolerância à dor inerente em procedimentos invasivos (Batalha, 2010:67; Barros, 2003:96);

- Controlo do ciclo respiratório – pode ser incluído no grupo das técnicas de distração, apesar de se incluir verdadeiramente no grupo das técnicas de relaxamento. São das técnicas mais eficazes no alívio da dor porque *“diminuem o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca, a respiratória e a tensão arterial (...) e produzem uma sensação de calma e bem-estar, sendo por isso útil na redução da ansiedade e da dor”* (Batalha, 2010:67). Payne (2000:140-142) refere que o stresse provoca uma reacção do sistema nervoso simpático, levando a um aumento da frequência respiratória. A respiração lenta está, por sua vez, associada ao sistema nervoso parassimpático, pelo que a diminuição do ritmo da respiração tende a contrariar os efeitos do stresse. Assim, uma respiração lenta ou profunda é uma técnica de relaxamento que ajuda na diminuição da tensão muscular e do ritmo respiratório presente nas situações que geram stresse. A respiração natural e lenta implica um movimento homogéneo e concêntrico do tórax e do abdómen em simultâneo, movendo-se os dois segmentos ao mesmo ritmo, podendo-se comparar a um balão a ser insuflado uniformemente. Duas técnicas que poderão ser aplicadas nas crianças consistem na respiração abdominal ou diafragmática e no controlo do ciclo respiratório;

- Contração e descontração progressiva dos membros - é uma técnica de relaxamento de tensão-distensão muscular que induz relaxamento físico ao libertar a tensão muscular e relaxamento mental pelo bem-estar que proporciona (Barros, 2003; Payne, 2000; CHLC, 2009);

- Imagem guiada – visa a focalização da atenção (Batalha, 2010:70). Pede-se à criança para pensar num enredo agradável e é encorajada a concentrar-se apenas nesse enredo. É combinada com o relaxamento e com a respiração ritmada (Hockenberry, 2006);

- Modelagem e dramatização - estão relacionadas com a informação preparatória aos procedimentos. Estes métodos ajudam a criança a elaborar experiências desconhecidas, a antecipar sentimentos, diminuindo o medo e a angústia (entende melhor, aceita melhor) e a identificar estratégias para lidar com a dor. São técnicas que permitem a expressão de emoções e experiências (Barros, 2003:78, 82);

- Distração e brincadeira - é o conjunto de estratégias cognitivas que proporcionam prazer e têm como objectivo desviar a atenção da dor ou medos para coisas agradáveis, contribuindo para o seu controlo e aumentando os sentimentos de segurança e bem-estar, dispensando muitas vezes a preparação prévia aos procedimentos (Batalha, 2010; Barros:2003);

- Contrato comportamental - é uma estratégia comportamental de controlo do medo e da dor em que existe um compromisso de ambas as partes. É de grande utilidade em situações em que existe história de atitudes de não cooperação e descontrolo emocional. Transforma o significado da dor enquanto situação desconfortável num desafio (Hockenberry:2006; Barros:2003);
- Aplicação de calor e de frio – Batalha (2010:70) refere que *“a aplicação de calor na zona dolorosa promove a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo”*. O Instituto Nacional do Câncer (2001) refere que o frio tem o efeito contrário na medida em que previne o edema ou favorece a sua redução, o que leva a um alívio da pressão exercida nas terminações nervosas. Por outro lado *“retarda a transmissão dos impulsos nervosos (...) e tem uma acção anti-inflamatória”*, reduzindo a dor (Batalha, 2010:70);
- Massagem e *Palming* - a massagem actua a nível da pele e dos músculos, proporcionando calma e bem-estar, relaxamento físico e mental, alívio da dor e até fortalecimento do sistema imunitário. A sua acção explica-se pela remoção dos produtos de degradação celular e pela estimulação das fibras A β (CEFAD, 2008 e Batalha, 2010:71). O *palming* proporciona limites, acalma, transmite segurança.

Tendo em vista a contextualização das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor na prestação de cuidados de enfermagem, recorreu-se a Roper, que em parceria com Logan e Tierney, desenvolveu um Modelo Conceptual e Grande Teoria de Enfermagem denominado “Os Elementos de Enfermagem – Um Modelo de Enfermagem baseado num Modelo de Vida”. Tomey (2004:410-417) refere que o modelo coloca a pessoa no seu centro, preconizando que esta é caracterizada por 12 actividades de vida, nomeadamente manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão na sexualidade, sono e morte, tendo cada uma destas actividades de vida várias dimensões, onde incluímos a dor/ ausência de e o conforto. Aplica-se ao ciclo vital de cada indivíduo, reconhecendo a existência de estádios de independência e dependência e da prevalência de factores que influenciam a prossecução das actividades de vida, tendo agrupado estes últimos em biológicos, socioculturais, psicológicos, ambientais e sociopolíticos, preconizando uma avaliação em cada fase do ciclo vital.

O modelo preconiza que é função específica do enfermeiro ajudar o indivíduo a prevenir, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (Tomey, 2004:414). Neste sentido, a avaliação, prevenção e alívio da dor, bem como a gestão de factores passíveis de influenciar a sua percepção constituem um foco de atenção, pelo que é imputado aos enfermeiros a necessidade de mobilização de saberes e práticas para que o indivíduo (neste caso em particular, a criança) beneficie do direito de não sentir dor. O enfermeiro desempenha, então, um papel de promoção e manutenção da saúde, mesmo em situação de doença (é ele que, durante a procura e consequente prestação de cuidados de saúde, está mais tempo com a criança/ jovem e família).

De facto, a prevenção e alívio da dor na criança chegam a constituir uma questão ética e até um dever que valoriza os actos de enfermagem, atribuindo-lhe um sentido de complementaridade do cuidar e contribuindo ainda para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O 5º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada refere que *“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”*. Existem Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor que o enfermeiro pode aplicar, orientadas para a diminuição da percepção do estímulo doloroso pois esta é, como já se disse, mediada por factores cognitivos e motivacionais que se encontram interligados. Compete ao EESIP, autónomo na gestão destes cuidados e na tomada de decisão, implementar esta visão na sua equipa através da formação aos seus elementos, promovendo a investigação na área como forma de produzir evidência científica da importância das medidas acima mencionadas para que se possa fazer a contraposição a Schechter (2003: 419) quando diz que os enfermeiros não só estão pouco despertos para as vantagens e benefícios da utilização deste tipo de estratégias nos cuidados às crianças como nem procuram recorrer à sua utilização.

De notar ainda que a utilização de tais técnicas constitui uma libertação do enfermeiro do modelo biomédico e confere-lhe o poder da acção de enfermagem autónoma que, de acordo com o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto Lei n.º 104/ 98. De 21 de Abril), é a acção *“realizada pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem”*.

De acordo com as alíneas E2.2., E2.2.1, E.2.2.2. e E2.2.3 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, é da sua competência fazer a *“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas”* mediante a aplicação de *“conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança”*, garantindo a *“gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”* e aplicando *“conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”*. Por outro lado ainda, de acordo com as alíneas E2.4., E2.4.2. e E2.4.3 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 é ainda da sua competência providenciar *“cuidados à criança promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”*, tendo de possuir para isso *“conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança”* e procurar *“evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”*.

Os pais podem constituir um poderoso aliado nesta área. São o principal sistema de apoio das crianças mas precisam de um suporte que os aconselhe e oriente, pois as atitudes dos pais determinam a dos filhos. Batalha (2010:21) refere que *“a elevada ansiedade dos pais associa-se fortemente com o stresse vivido pela criança e com a gravidade da dor sentida durante os procedimentos dolorosos. A influência dos pais nas expressões de dor das crianças também pode estar relacionada com o seu desempenho”*. Jorge, citando Huerta (2004:62) salientava a importância de *“identificar as emoções, atitudes, medos e preocupações dos pais*

será uma forma de ajudar a criança, pois a ansiedade dos pais é transmitida aos filhos, influenciando a recuperação destes". São os pais quem melhor conhece a criança e podem ajudar não só na elaboração da "história de dor" dos seus filhos mas também na administração das diferentes estratégias não farmacológicas no controlo de dor, permitindo assim um alívio mais concreto e eficaz da mesma pois *"conhecer o modo como a dor na criança pode ser influenciada ajuda os profissionais de saúde a avaliarem e a planearem estratégias de tratamento eficazes"* (Batalha; 2010:21). É importante que o EESIP reconheça na sua prática a tríade que, tal como refere Jorge (2004:67), é *"constituída entre pais, criança e equipa assistencial, [e] permanecerá em constante interacção da qual todos beneficiarão"*.

1.2. UMA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA TRANSCULTURAL EM CSP

O Módulo I teve lugar no Centro de Saúde de Alvalade, Unidade de Saúde que presta assistência à população do Bairro das Murtas, onde a população residente é essencialmente de etnia cigana. Na sequência do diagnóstico de situação e das actividades desenvolvidas, torna-se pertinente salientar a importância de uma transculturalidade na prestação de cuidados de enfermagem, relacionando-a com algumas características da população cigana.

Portugal tem sido, ao longo da História, um país de acolhimento de indivíduos das mais diversas raças e etnias, possuidores de crenças, valores e culturas próprios. Dado que o homem tem dimensões bio-psico-sócio-culturais, e porque os enfermeiros são frequentemente os primeiros mediadores entre quem procura cuidados de saúde e o serviço de saúde, torna-se relevante a prática de uma enfermagem transcultural, tão defendida por Madeleine Leininger.

Welch (2004:572) refere que Leininger preconizava que podemos direccionar a nossa actuação para uma repadronização/ reestruturação cultural através de *"acções e decisões (...) que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos (...), fornecendo um modo de vida benéfico ou mais saudável"* (aqui residem as acções dos profissionais que são culturalmente significativas, promovem a saúde e previnem a doença). Monteiro (2005:49) refere que é necessário desenvolver *"conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde, bem-estar e ganhos em saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades"*. Acrescenta ainda que *"as intervenções de enfermagem devem ter em conta as especificidades socioculturais dos grupos de pertença, os contextos de fluxos migratórios e seu impacto nas estruturas de saúde, crenças e práticas culturais relacionadas com o corpo, a mente, a saúde e a doença"* (Monteiro, 2005:55). Branco e Lima (2006:29) salientam que *"a enfermagem transcultural tem base na ideia de que aspectos de saúde/ doença estão principalmente determinados e definidos pela cultura"* e Pontes (2002:66) refere que *"compreender o contexto cultural do utente é uma poderosa forma de aceder e entender a interrelação entre a enfermeira e o utente e a melhor maneira de responder às diversidades culturais"*. É com a

utilização conjunta destas diferentes estratégias que é dada ao enfermeiro a possibilidade de prestar cuidados holísticos, culturalmente abrangentes, diversos e satisfatórios e a importância de tudo isto é tal que as alíneas A2. e A2.1.6. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 referem que o EE deve “[promover] *práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” e “[promover] *o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos*” e que o EESIP em particular deve “[relacionar-se] *com a criança e família no respeito pelas suas crenças e sua cultura*” (alínea E3.3.2 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011).

Portanto, ao cuidarmos de elementos de grupos culturais diferentes, devemos primeiramente identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidarmos destas pessoas. Cada cultura tem a sua própria forma de definir, compreender, reflectir e explicar a saúde e doença, transformando o cuidado num fenómeno culturalmente construído. Isto implica, perante a fertilidade da multiplicidade cultural, criar estratégias de modo a favorecer o desenvolvimento de uma relação empática, de ajuda e confiança, evitando-se assim conflitos entre o enfermeiro e os indivíduos a quem dirige os seus cuidados e o desenvolvimento de atitudes de etnocentrismo e de imposição cultural. O conjunto destas medidas promove a adesão ao tratamento, favorecendo também o aumento do grau de satisfação por parte dos utentes pois se os costumes são divergentes, as carências e motivações irão ser diferentes, o que leva a necessidades de saúde distintas. Assim, para que se consiga prestar cuidados socialmente congruentes aos elementos da cultura cigana, considerando que esta pertence à comunidade abrangida pelo local de estágio do Módulo I, é imperativo conhecer a mesma pois o facto de os ciganos terem uma cultura própria influencia a forma como percebem a génese da doença e a forma como agem em relação a esta. Nesta perspectiva, é importante saber as *“concepções de saúde e doença (...), as suas expectativas relativamente aos cuidados de enfermagem, os valores, as crenças e as suas práticas culturais, para proporcionar cuidados de enfermagem holísticos”* (Fernandes; 2001:33).

Lopes (2009:187) salienta que este povo acredita num Deus único, bom, poderoso e protector e crê na cura pela fé (Ele cura aquilo que a medicina não é capaz) e que a família afigura-se como a unidade base desta comunidade. Liégeois refere que dão mais importância ao conjunto do que a cada elemento isolado, vivendo tudo colectivamente. É no seio da família que se educa, assegura a reprodução e se encontra a protecção. Têm uma estrutura hierárquica bem definida, devendo respeito e obediência àqueles que são escolhidos como figuras de autoridade, pelas suas qualidades e sabedoria, recaindo frequentemente este papel sobre as pessoas mais velhas, sendo a estes que os membros da comunidade recorrem para pedir conselhos e orientações para a resolução dos problemas.

A criança assume um importante papel nesta comunidade pois é ela que promove a consolidação da família. Quanto mais filhos tiver uma família, maior será o prestígio, poder e segurança que detém. O rapaz é mais desejado para primeiro filho pois reside nele a continuação da família. A rapariga é desejada como segundo, sendo desde nova preparada para o casamento, dado que é sobre ela que irá recair toda a responsabilidade relativamente

aos cuidados à família e lides domésticas bem como à perpetuação dos costumes, normas e valores (REAP; 2007 e Fernandes; 2001). A educação das crianças é afiançada pelo grupo em geral, havendo uma convivência constante entre as crianças e os adultos mas, no seio familiar, esta cabe à mulher.

A saúde é tida, para este povo, como a ausência de doença e esta última é vista de uma perspectiva maioritariamente sobrenatural ou como destino. Assim sendo, Silva refere que acreditam que a saúde não se promove nem a doença se previne, pelo que é irrelevante procurar cuidados de saúde quando se está bem, recorrendo-se a estes em situação de doença com carácter de urgência e de “desafio impositivo da sua vontade” para que se diagnostique a gravidade e a resolução do problema, já que, de acordo com Fernandes (2001), Liégeois (1989) e Lopes (2009), estabelecem relação directa entre doença e morte.

A literatura é unânime e refere que os cuidados de saúde estão a cargo da mulher visto ser o suporte da família e ser a detentora dos saberes e tratamentos relacionados com as doenças. As consultas de saúde infantil e a vacinação são procuradas muitas vezes por imposição da escola, sendo esta, por sua vez, imposta pela sociedade [se não estiverem inscritos na escola, não lhes é atribuído o Rendimento Social de Inserção (Lopes; 2009:343-347)]. Acresce o facto de que, como refere Silva, *“todas as técnicas invasivas do corpo (...) são (...) assustadoras, (...) contaminadoras do modo de vida impuro, doentio e médico-dependente dos não ciganos”*. De facto, a mesma autora refere que os ciganos têm *“um alheamento resistente à pressão dos profissionais do serviço de saúde (...), o que significa que (...) não será uma atitude (...) passiva de complacência com a normatividade dominante mas uma atitude activa de evitamento (...) do contágio desse modo de vida (...) dos não-ciganos”*.

Hoje em dia, existem várias instituições que trabalham localmente ou a nível mais distante com as comunidades ciganas (caso do Alto Comissariado para as Minorias Étnicas, por exemplo) de forma a tentar integrá-las na nossa sociedade, tendo sempre em atenção a sua estrutura cultural, não com o intuito de a tentar anular mas sim de prevenir e/ ou eliminar o que possa prejudicar os seus elementos. Estas instituições têm vindo a tentar estabelecer parcerias com as entidades de saúde locais no sentido de promover educação para a saúde. A Rede Europeia Anti Pobreza (REAP) (2007) salienta que é necessária formação aos diversos elementos destas parcerias acerca das características e cultura destas comunidades, sendo tanto mais importantes se forem feitas com elementos da própria comunidade.

2. MÓDULO I

O Módulo I iniciou-se com um estágio de observação de três dias na Creche “A Tartaruga e a Lebre”, seguindo-se depois para o estágio no Centro de Saúde de Alvalade.

2.1. CRECHE “A TARTATUGA E A LEBRE”

A Creche “A Tartaruga e a Lebre” é uma unidade da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Lisboa e abriu portas em 1978. Acolhe crianças dos 4 meses aos 3 anos e respectivas famílias e está particularmente vocacionada para a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais (até aos 4 anos, excepcionalmente até aos 5). Até hoje tem recebido crianças com diferentes diagnósticos que vão desde Trissomia 21, passando por Atraso Global de Desenvolvimento, Multideficiência, Hidrocefalia, Síndrome de Noonan, Autismo e Paralisia Cerebral. De notar que está preconizado que o número de crianças com necessidades especiais não poderá exceder os 25% da população infantil total na creche.

Tem como objectivos principais promover a inclusão das crianças com necessidades educativas especiais/ deficit cognitivo na família, na creche e na comunidade; apoiar a inclusão das crianças com necessidades educativas especiais/ deficit cognitivo em estruturas do ensino regular; promover o desenvolvimento global da criança numa perspectiva biopsicossocial; minimizar potenciais atrasos de desenvolvimento; melhorar o bem-estar da unidade familiar: melhorar a competência parental (neste ponto pretende apoiar as famílias na realização dos seus próprios objectivos; prevenir possíveis alterações no processo de interacção pais-criança; e facilitar aos pais o acesso aos recursos comunitários); promover a implicação/ responsabilização dos pais no processo educativos dos filhos; promover o desenvolvimento profissional da equipa; e divulgar junto da comunidade em geral, e de estruturas educativas e de saúde em particular, informação sobre a Trissomia 21 (patologia, intervenção e recursos disponíveis).

A responsável pela Instituição refere que se pretende integrar a criança com necessidades especiais através da estimulação ao invés de a “retirar” das salas onde está com outras crianças para ser “trabalhada” por diferentes profissionais (educadora, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social. A enfermagem não assume aqui um papel activo, cumpre antes outro tipo de funções que se exorá mais à frente). Procura-se assim adequar as diferentes actividades desenvolvidas na Creche às crianças com necessidades especiais de forma a integrá-las no grande grupo. De notar que estas crianças são integradas nas salas de acordo com a idade de desenvolvimento e não de acordo com a idade cronológica. Encara-se a família como um factor primordial, sendo necessário saber quais são

os seus conhecimentos, necessidades e expectativas relativamente à criança para que se consiga levá-la a compreender o seu papel no desenvolvimento da criança. Isto implica uma avaliação da criança e da família e é feita por vários profissionais em simultâneo e num dado momento. Após esta avaliação, é traçado um plano assistencial individualizado, denominado Plano de Desenvolvimento Individual, em parceria com a família para que os objectivos sejam adequados e realizáveis de acordo com os recursos, procurando-se manter uma continuidade do processo/ plano assistencial, reajustando-o sempre que necessário.

Está preconizado que haja assistência de enfermagem na Creche ao longo de 7h diárias (assegurado por 2 enfermeiras generalistas). No entanto, por motivos de doença de uma das enfermeiras, à altura do estágio, esta assistência estava limitada a 3/ 4h/ dia. Nesta instituição, a enfermeira tem a responsabilidade de fazer a verificação da adequação das ementas a cada criança, a administração de medicação e ensinios aos pais de bebés sempre que exista necessidade. Faz ainda a observação da criança sempre que se justifique (febre, lesões, etc.), encaminhando-a se necessário. Neste caso, tem ainda a responsabilidade de verificar se existe autorização médica escrita para a criança voltar à escola após período de doença.

Em análise, a presença de uma EESIP em permanência poderia ajudar no despiste precoce de alterações do bem-estar infantil. Por outro lado, seria possível promover mais ensinios aos pais de forma mais fundamentada e orientada de acordo com as necessidades manifestadas, indo de encontro à alínea E3.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”*), facilitando a integração destas crianças na comunidade como preconizado na alínea E1.1.9. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais”*). Assim, a participação da enfermeira na equipa multidisciplinar poderia trazer mais um ponto de vista de cuidados na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). De facto, como instituído na alínea E31.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, cabe ao EESIP *“implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem”*, mediante interacção com a equipa multidisciplinar e a família, procurando sempre potenciar o desenvolvimento de competências na gestão dos seus próprios processos de saúde/ doença na criança e família.

Após observação e contacto com as crianças deficientes que frequentavam a Creche e da sua interacção não só com a família (apesar de esta ser possível apenas por breves momentos, mais propriamente quando a criança era deixada na escola e a iam buscar) mas também com os restantes profissionais (mais exactamente as professoras e as auxiliares de acção educativa), foi possível desenvolver a capacidade de comunicação. De facto, foi importante perceber como a linguagem não verbal pode ter uma influência ainda maior do que a verbal sobre estas crianças e família e foi interessante verificar que a brincadeira constitui um excelente método de comunicação. Não teria sido possível desenvolver competências comunicacionais se não se tivessem desenvolvido competências relacionais. Estas crianças

têm, geralmente, um desenvolvimento cognitivo-emocional diferente das crianças da sua idade cronológica e algumas têm comportamentos disruptivos com quem está à sua volta, o que implicou um ajuste constante de estratégias de abordagem. Foi possível desenvolver ainda ensino a outros profissionais (mais propriamente às auxiliares de acção educativa que apoiam as crianças durante as refeições), promovendo o seu melhor desempenho e um aumento do bem-estar das crianças.

2.2. CENTRO DE SAÚDE DE ALVALADE (CSA)

O CSA situa-se no Parque de Saúde de Lisboa, Av. do Brasil, n.º 53, pavilhão 33 desde 1998 e funciona como unidade básica do Sistema Nacional de Saúde (SNS), estando dependente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

O CSA está integrado no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte desde Março de 2009. Fazem parte do mesmo agrupamento os CS do Lumiar, Benfica e Sete Rios. Este CS funciona num antigo pavilhão do Hospital Júlio de Matos (HJM), recuperado e adaptado às suas novas funções. O HJM tem protocolos e parcerias com outras entidades, visando a reabilitação e a rentabilização do espaço, surgindo assim no Parque de Saúde de Lisboa (PSL) cerca de 17 instituições (entre elas o CSA). O espaço exterior onde se insere o CSA tem um tratamento paisagístico qualificado. Dista cerca de 1km da entrada principal do parque e 200m da entrada secundária do mesmo. Dado que a distância da entrada principal ao edifício é significativa, o transporte de pessoas é assegurado por um veículo que faz este percurso.

O edifício tem três pisos, sendo um em cave e apresenta uma organização interior com corredores centrais em cruz. Conta com equipamentos facilitadores da acessibilidade e mobilidade como as rampas de acesso. Para além dos gabinetes de consultas médicas, de enfermagem, de psicologia e de assistente social, existem salas de trabalho, o gabinete do utente, atendimentos administrativos, a secretaria, a sala de esterilização, a farmácia, a sala de material clínico, a sala de reuniões, a biblioteca, a sala de movimento (ginásio), o vestiário, o bar e casas de banho nos diferentes pisos. A área destinada ao atendimento de crianças é adjacente à da vacinação e à da Saúde da Mulher, pelo que a sala de espera é comum (há alguns brinquedos para as crianças brincarem enquanto aguardam a consulta e, contíguo a este espaço, existe um fraldário). A sala da Saúde Infantil é relativamente pequena (chega a tornar-se pouco funcional na presença de carrinhos ou cadeirinhas de criança) e tem uma ampla janela que permite a entrada de luz natural abundante. No piso 0 está instalada uma USF e na cave está um posto de colheitas de Análises Clínicas do Hospital de Santa Maria.

O CSA serve a população de três freguesias: Alvalade, S. João de Brito e Campo Grande, que ocupam uma extensão de 5,6 Km² de grande densidade populacional. Estas freguesias têm igualmente um elevado número e variedade de estabelecimentos comerciais e de serviços. A habitação distribui-se por vários edifícios de tipologias, multi e unifamiliar, sendo

uns de renda limitada, construídos pelas caixas de previdência e outros de iniciativa privada com projecto livre, permitindo a instalação de famílias de diferentes classes sociais o que confere heterogeneidade social. Trata-se de uma população maioritariamente envelhecida, fazendo com que os atendimentos de Saúde Infantil não tenham um peso muito expressivo.

O horário de funcionamento é das 8h00 às 20h00 de segunda a sexta-feira e sábados das 9h00 às 14h00 (Atendimento Complementar) e os atendimentos programados de crianças são efectuados nos dias úteis das 8h30 às 17h00. Em situação de urgência, a criança poderá ser observada pelo seu próprio médico, no mesmo horário, ou, caso este não esteja presente, no AC entre as 12h00 e as 14h00.

O CS conta com uma pediatra que acompanha os RN e lactentes até aos dois meses, bem como algumas crianças consideradas de maior risco. A área da Saúde Infantil atende as crianças até aos 12 anos e estas são seguidas por clínicos gerais que exercem Saúde Infantil mas a maioria das crianças é seguida pelo médico de família. Sempre que necessário, é promovida a articulação com as áreas de saúde materna, saúde escolar, vacinação, saúde oral ou ainda psicologia clínica.

O método de trabalho de enfermagem utilizado é o de enfermeiro responsável. Após integração, o enfermeiro permanece numa área por períodos relativamente longos, permitindo-lhe não só adquirir experiência numa área específica mas também estabelecer uma relação de confiança com os utentes/ famílias enquanto elemento de referência.

A presença do EESIP faz-se notar na pessoa da Enfermeira Chefe e noutro elemento de apoio à gestão. Este último é responsável ainda pela orientação de estágios de enfermagem do âmbito da especialidade e colabora com diversas valências do CSA como referido mais adiante.

Adstrita à Saúde Infantil está actualmente uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária (EESC), que conta com o apoio da EESIP para eventuais situações de maior complexidade/ risco. É sempre efectuada uma pré-consulta de enfermagem antes da consulta médica e é a enfermeira que chama pessoalmente a criança e acompanhante na sala de espera. Nos casos em que se pretende vigilância mais rigorosa das crianças consideradas de maior risco são marcadas consultas de enfermagem intercalares (sempre que possível). Em situação de urgência, os pais inscrevem-se no balcão de atendimento e criança é observada pela enfermeira que efectua a triagem e pré-consulta, encaminhando-a posteriormente para a consulta médica.

A DGS estabelece nas Orientações Técnicas de Saúde Infantil e Juvenil - Programa-Tipo de Actuação (2005) que *“importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade”* (GDS, 2005:6). Foi, por isso, interessante verificar que o CSA tem um projecto de visitação domiciliária ao RN, com marcação prévia, feita pela EESIP, elemento com mais conhecimentos da área de saúde infantil e pediatria, o que a torna mais capaz de detectar situações de risco mais precocemente. Tal permite que o EESIP fique a conhecer melhor a realidade da puérpera/

RN e família no seu próprio ambiente mas também que promova o fortalecimento dos vínculos da tríade através de uma maior envolvimento nos cuidados de saúde. No entanto, por questões de falta de pessoal, este projecto não esteve em curso durante o estágio.

Após o diagnóstico das necessidades do local, foi solicitada pela equipa de enfermagem a colaboração no projecto de parceria local existente entre o CS e o CSPCG, em conjunto com uma mestranda da EESC, também da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no sentido de promover sessões de educação para a saúde no Bairro das Murtas, um bairro de realojamento social que pertence à área de actuação do CSA e onde população residente é essencialmente de etnia cigana. Alterações aos planos iniciais podem ser pontos de partida para o desenvolvimento de novas competências, nomeadamente de flexibilidade de pensamento, fruto de uma necessidade de readaptação. Por outro lado, a aquisição de novos saberes aumenta a vontade, o esforço e a criatividade impressos em qualquer actividade. Foi nesta perspectiva que esta alteração ao plano inicial foi encarada como sendo pertinente e simultaneamente um desafio. Assim, e mediante um diagnóstico da situação efectuado pelas assistentes sociais do CSPCG, no âmbito do seu projecto de Intervenção Sócio-Pedagógica, o “Reino da Imaginação”, verificou-se que as 23 crianças em idade escolar tinham hábitos de higiene deficientes, nomeadamente a nível de higiene corporal e oral, constituindo a pediculose também um problema de difícil erradicação. Na tentativa de colmatar estes problemas, o CSPCG pediu ao CSA a sua intervenção no sentido de desenvolver acções de educação para a saúde com as crianças nas áreas referidas, permitindo desenvolver a competência preconizada na alínea E1.1.10. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria de acessibilidade da criança/ jovem aos cuidados de saúde”*).

Por ter profundas raízes e forte sentido cultural, foi imperativo conhecer a cultura cigana para poder atender correctamente às suas necessidades, preservando todos os direitos que assistem os seus elementos enquanto seres humanos. A necessidade de conhecer o papel da criança nesta comunidade adquiriu contornos particularmente interessantes e necessários pelo que foi traçado como um dos objectivos de estágio **“Identificar o papel da criança na comunidade cigana”**. Foi necessário desenvolver as capacidades de investigação e começou-se por efectuar uma pesquisa e revisão bibliográfica acerca da cultura cigana, quer em documentos existentes em bibliotecas, quer em documentos existentes na internet em sites oficiais relacionados com a divulgação da cultura cigana. Contactou-se com outros recursos da comunidade, particularmente com instituições relacionadas com a cultura como a Associação das Mulheres Ciganas Portuguesas, a Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos (ONPC) e o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). No caso do ACIDI, foi efectuado um pedido formal de consulta das obras existentes na sede da instituição, dirigido ao Presidente. No caso na ONPC, efectuou-se uma reunião com a dirigente da Obra, com o objectivo de adquirir conhecimentos acerca da cultura cigana e que permitiu consolidar conhecimentos e compreender fenómenos presentes na cultura que não tinham sido possível

de inferir somente através da bibliografia consultada. Algum do conhecimento resultante deste trabalho pode ser observado quer no capítulo 1 deste documento quer no manual desenvolvido para apoio das sessões de formação (anexo I).

Sendo os CSP a principal porta de entrada para o SNS (REAP; 2007), a área de Saúde Infantil (SI) é relevante na promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. É através das crianças e das mães, indissociáveis no processo educativo da criança e com saber e atitude permeável, que se conseguirá levar à promoção e aquisição de comportamentos ditos saudáveis. Os princípios que as crianças interiorizarem hoje serão aqueles que utilizarão amanhã e que transmitirão, por sua vez, aos seus descendentes. A intervenção nesta fase impulsiona o desenvolvimento de uma comunidade cigana adulta, responsável pela promoção da sua saúde/ prevenção da doença, capaz de gerir adequadamente os recursos de saúde disponíveis no território nacional. Nesta perspectiva, é imperativo promover a articulação entre *“as associações, as instituições locais e a comunidade cigana em acções de sensibilização e informação sobre as questões gerais de saúde, utilizando meios e materiais adequados a esta comunidade”*, fomentando o trabalho em rede e coordenando a informação entre as várias organizações (REAP; 2007). O EESIP tem neste âmbito um papel determinante: promover o trabalho em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/ jovem aos cuidados de saúde. Os programas de saúde escolar, desenvolvidos dentro de parcerias comunitárias, proporcionam por um lado uma das formas mais eficazes em termos de custo-benefício para atingir as crianças em idade escolar, os adolescentes e as comunidades em geral e, por outro lado, são um meio sustentável de promover hábitos de vida saudáveis. Mas na cultura cigana, o absentismo escolar ainda se encontra em grande parte relacionado com as tradições, crenças e vivências do povo, sendo, por isso, necessárias formas complementares de promover a educação para a saúde.

A REAP (2007) aponta para a necessidade de procurar a todo o custo a *“descentralização dos cuidados de saúde primários através de unidades móveis”*, como forma de *“aproximar, intervir e levar a informação”* aos locais onde a população se encontra. O EESIP desempenha aqui uma função importante pois é ele que deve procurar *“sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/ jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde”* (MDP; 2009). Esta representou uma ocasião ideal para promover esta descentralização e ir de encontro à comunidade. Será interessante salientar que a REAP (2007) refere que é importante a identificação de profissionais de referência, para que se consiga estabelecer um clima de confiança, abrindo caminho para um relacionamento mais próximo, procurando cativar os elementos da comunidade cigana de um ponto de vista afectivo. O contacto com as crianças poderá ser um elemento chave pois estas assumem um importante papel neste grupo étnico. Se conseguir conquistar a confiança e sensibilizar as crianças e as mães, elementos responsáveis pelos cuidados, o enfermeiro tornar-se-á um elemento de referência na comunidade, promovendo, desta forma, um ponto de partida para uma maior adesão destas comunidades aos CSP. O EESIP desempenhará aqui um papel basilar já que é este que, por ter mais conhecimentos sobre o crescimento e

desenvolvimento infantil, é o elemento que terá mais capacidade efectuar avaliações e adequar da melhor forma os cuidados de saúde primários aos diversos estádios de desenvolvimento da criança de forma a facilitar a aquisição de comportamentos promotores de saúde. Por outro lado, sendo detentor de *“conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família”* (MDP; 2009), possui, por isso, mais competências para comunicar *“com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”* (MDP; 2009).

Neste sentido, o segundo objectivo traçado foi **“Sistematizar o ensino às crianças ciganas em idade escolar residentes no Bairro das Murtas e integradas no Projecto Reino da Imaginação nas áreas pretendidas pelo Centro Social Paroquial do Campo Grande – Higiene Corporal, Higiene Capilar (Pediculose) e Higiene Oral”**. Para que fosse devidamente cumprido, efectuaram-se várias reuniões tanto com a EESIP como com a enfermeira responsável pela área de SIP do CSA, com a assistente social e com a psicóloga do CSPCG no sentido de planear as 3 sessões a desenvolver. De notar que na cultura cigana podem existir algumas características diferentes de grupo para grupo, pelo que pode ser necessário adequar a actuação. Por isso, foi também efectuado contacto com a assistente social da Gebalis, Gabinete da Horta Nova, primeiro telefonicamente e depois pessoalmente, no sentido de formalizar o pedido de informações específicas relativas à população alvo. Estas foram concedidas, o que permitiu conhecer as características habitacionais, as interacções entre os membros e os hábitos deste grupo em particular.

A DGS, através do Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005:8), aponta para a necessidade de *“promover a auto-estima da criança e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde”*. O papel da família é preponderante na aquisição de valores e princípios básicos para a promoção da saúde, sendo, por isso, o foco de atenção do EESIP a criança e família, nomeadamente os pais, pelo que é fundamental a sua participação para que *“o programa seja «continuado» e reforçado em casa e não (...) descredibilizado pelas práticas domésticas”* (DGS, 2001). Neste sentido, a REAP (2007) preconiza que, nos serviços de saúde, com as crianças ciganas e preferencialmente na presença das mães, deve procurar-se colmatar as falhas a nível de cuidados promotores de saúde identificadas através da realização de *“sessões de educação para a saúde, recorrendo a formas lúdicas e proporcionando proximidade”*. Por isso, e porque nesta cultura as mães são, por excelência, as principais cuidadoras das crianças e uma forte figura de referência, constituem assim potenciais promotoras de bons hábitos, precisando para isso de ter não só a motivação como os conhecimentos adequados, para agirem com vista ao desenvolvimento de uma vida mais saudável. Foi solicitado aos elementos do CSPCG que incentivassem a presença das mães nas sessões.

Batalha (2001) refere que o enfermeiro deve recorrer à utilização de metodologias activas adequadas a cada estágio de desenvolvimento, tendo em conta o contexto socio-cultural, transmitindo a informação pela positiva, de forma simples e fraccionada e reforçar positivamente a participação e a mudança de comportamentos. É necessária, portanto, a

utilização de processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem de forma a que os envolvidos no processo participem de forma activa na compreensão e análise das experiências vividas, de maneira a adquirirem os saberes e motivação necessários à adopção de comportamentos saudáveis.

Neste sentido, começou-se por efectuar uma pesquisa e revisão bibliográfica acerca dos temas a abordar e construiu-se um manual de apoio, onde se encontram também as avaliações de cada sessão (anexo I). As sessões foram planeadas de forma a que se captasse a atenção das crianças e das mães. O planeamento das sessões dirigidas à criança cigana em idade escolar e família permitiu cumprir o estabelecido nas competências do EESIP nas alíneas E1.1.1., E1.1.2., E1.1.3. e E1.1.4. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“negoceia a participação da criança/ jovem e família em todo o processo do cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”, “comunica com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “utiliza estratégias motivadoras da criança e família para assumpção dos seus papéis em saúde”, “desenvolve ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças / jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde”*) e esta foi uma oportunidade para cumprir a alínea E1.1.5. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 que refere que o EESIP *“procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde”*. Estas sessões tiveram lugar ao apartamento que a Gebalis cedeu ao CSPCG para que este desenvolvesse o seu Projecto “Reino da Imaginação”, que decorre diariamente no período das 18 às 19h. Procurou-se apostar na criatividade como estratégia de intervenção e, neste sentido, ficou demonstrada a adequada capacidade de tomar iniciativas de resolução de problemas. Na sessão de Higiene Corporal recorreu-se à visualização de imagens em computador relacionadas com o tema, promovendo um debate acerca das medidas necessárias para uma boa higiene corporal, afixando-se depois um poster alusivo ao tema na sala principal do apartamento (integrado no anexo I). No caso da sessão da Pediculose recorreu-se à teatralização, promovendo a participação das crianças. Na sessão de Higiene Oral utilizou-se como recurso pedagógico a apresentação de um filme, o Sr. Dentolas, disponibilizado pelo CS de Sete Rios (assiste o CSA no âmbito da Saúde Oral), e à lavagem dos dentes *in loco* com utilização posterior do teste revelador de placa. Deu-se sempre um reforço positivo (REAP, 2007) após cada sessão mediante a distribuição de panfletos, material para colorirem e de outro material didáctico (constituiu um factor motivador) relacionado com os temas abordados na tentativa de aumentar a credibilidade dos cuidados de saúde primários perante as crianças e mães ciganas e, conseqüentemente perante toda a comunidade, proporcionando um aumento da motivação para a adesão a este tipo de serviços e para a adopção de estilos de vida considerados promotores de saúde da criança. Para que tal fosse possível, foi necessário estabelecer contactos e parcerias com diversos recursos da comunidade no sentido de obter a sua colaboração na disponibilização de informação ou obtenção de patrocínios, imprescindíveis à aquisição de diversos materiais pedagógicos. Na

sessão de Pediculose distribuíram-se champôs e pentes anti-parasitários e iô-iôs; na sessão de Higiene Corporal distribuíram-se champôs, gel de banho e sabonetes; e na sessão de Higiene Oral distribuíram-se pastas e escovas de dentes.

A DGS (2005) justifica o porquê da focalização apenas na escovagem dos dentes durante a sessão de Higiene Oral, apesar esta abranger mais aspectos (cuidados com a alimentação, p. ex.), deixando-se os restantes ensinamentos para contactos posteriores com o CSA:

“pela dificuldade em mudar comportamentos, principalmente de forma estável, é aconselhável adequar os objectivos às realidades. Será preferível actuar sobre um ou dois comportamentos sobre os quais a caracterização inicial nos permitiu depreender que será possível obtermos resultados positivos, em vez de tentar actuar sobre todos os comportamentos que desejaríamos alterar, não conseguindo alterar nenhum deles”.

A reunião de duas especialidades de enfermagem distintas (SIP e SC) durante o desenvolvimento deste trabalho constitui para uma mais-valia: o público-alvo é um grupo de crianças inseridas na sua comunidade, com características inerentes ao seu estágio de desenvolvimento que implicam uma adequação das estratégias de ensino/ aprendizagem. O trabalho em equipa é de extrema importância pois, se por um lado permite rentabilizar recursos, possibilita também obter várias perspectivas acerca do mesmo assunto, enriquecendo o planeamento dos cuidados.

Depois de todo este percurso, consegue-se perceber que a transversalidade da comunicação é indispensável na profissão de enfermagem: trabalha-se não só com a comunidade em si mas também com parceiros/ recursos da comunidade e de forma interprofissional. Por isso, foi necessário desenvolver atitudes comunicacionais na interacção com a criança e família no sentido de relacionando-se de abordar questões complexas como a mudança de comportamentos e promoção da saúde de modo sistemático e criativo.

Todo este processo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal concretamente a promoção e o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de utentes de diferentes etnias reconhecendo e aceitando os seus direitos, mantendo um processo efectivo de cuidado. Por outro lado, ficou patente a capacidade de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.

A promoção da saúde sustenta toda a intervenção do EESIP nos CSP. Muito do trabalho a desenvolver, consiste assim em ensinar, modelar, apoiar ou encorajar os indivíduos a mudar os comportamentos não saudáveis, para comportamentos saudáveis, tendo como objectivo, alcançar o máximo potencial de saúde. Por isso, paralelamente ao percurso descrito, durante um período de cerca de duas semanas, a mestranda procedeu a uma observação participada do atendimento à criança/ jovem e família, realizado na consulta de SIP e na Vacinação, tendo por base os cuidados antecipatórios do Programa-tipo de Actuação para a Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente do acolhimento da criança/ jovem e família, atitude perante a díade, os assuntos abordados na pré-consulta e na consulta de enfermagem, o tipo de registos de enfermagem, o tipo de ensinamentos feitos e a articulação com os restantes profissionais. Findo este período, colaborou de forma activa na consulta de SIP, através da

prestação de cuidados à criança/ família enquanto futura EESIP, visando a promoção da autonomia e saúde individual e familiar. Para isso, procurou mobilizar as competências técnicas, científicas, humanas, éticas e culturais, adquiridas não só com a aprendizagem académica como com a prática profissional, procurando respeitar sempre a individualidade de cada criança/ jovem e família. Desta forma, adequando as medidas à faixa etária da criança, os cuidados prestados incidiram em vários aspectos, nomeadamente na análise de alterações desde a última consulta; análise, valorização e esclarecimento de dúvidas/ preocupações dos pais, valorizando o seu papel no acompanhamento e cuidados à criança/ jovem; avaliação da dinâmica familiar através da observação directa ou indirecta da interacção dos diferentes elementos; avaliação do crescimento (dados antropométricos) e desenvolvimento (psicomotor, psicossocial, emocional e cognitivo), mediante perguntas e/ ou jogos com as crianças e efectuando nas idades indicadas pelo Programa de Saúde Escolar o rastreio visual e auditivo, analisando também a frequência/ adaptação ao infantário ou escola; detecção de potenciais situações de risco; confirmação e promoção do cumprimento do PNV; ensinamentos sobre a alimentação de acordo com as diferentes idades e necessidades individuais (inclusive acerca de amamentação), como forma de prevenção de uma alimentação desequilibrada; ensinamentos acerca de higiene oral e corporal; e ensinamentos acerca da adopção de medidas de segurança, principalmente em casa, na rua e no transporte das crianças. No contacto com a criança, procurou abordá-la adequando a sua atitude às diferentes fases de desenvolvimento e ao seu comportamento, adoptando uma postura calma, uma posição ao nível da criança e utilizando linguagem simples, clara e verdadeira. Tal permitiu o desenvolvimento das competências preconizadas nas alíneas E1.1.8., E1.2.5., E1.2.7., E1.2.8, E2.1.1, E3.1.1., E3.1.2, E3.1.3, E3.2.1 e E3.3.3. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”, “sensibiliza pais, cuidadores (...) para o risco de violência, consequências e prevenção”, “Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/ jovem e família relativos à saúde”, “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/ jovem e família”, “mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, “demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento”, “transmite orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” e “avalia o desenvolvimento da parentalidade”*) Quando da realização de procedimentos (vacinação, por exemplo), concedeu tempo à criança para que verbalizasse os seus medos e preocupações, preparando-a de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração, brincadeira, imagem guiada e respiração. Envolveu os pais/ família nesses mesmos cuidados/ procedimentos.

Durante a realização de um Teste do Pézinho, teve também oportunidade de supervisionar uma enfermeira generalista, a pedido da EESIP orientadora de estágio, não só a nível da realização da técnica como a nível dos ensinamentos que deverá realizar nesta ocasião, respeitando e partilhando saberes/ experiência. A realização do Teste do Pézinho constitui um

momento privilegiado de observação da criança e da interacção com os pais (cumpre-se o preconizado na alínea E3.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 – “*avalia o desenvolvimento da parentalidade*”), sendo um momento ideal para a realização de vários ensinamentos, nomeadamente acerca da posição de dormir do bebé (como medida de prevenção do Síndrome de Morte Súbita), alimentação do bebé e da mãe (pode-se inclusivamente observar o momento da amamentação para avaliar não só os reflexos do bebé como as dificuldades que a mãe possa ter), cuidados ao cordão umbilical, perda fisiológica de peso (motivo de preocupação frequente para os pais mais inexperientes), possibilidade de icterícia neonatal (observações que os pais deverão fazer para despiste de situação patológica vs fisiológica), serviço Dói-Dói, Trim-Trim, acidentes mais comuns no primeiro ano de vida, importância do Boletim Individual de Saúde e os cuidados que a mãe deverá ter à mama, promovendo ao mesmo tempo o aleitamento materno (cumpre-se assim o preconizado na alínea E3.2.5. e E3.2.6. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 – “*promove a amamentação*” e “*envolve os pais na prestação de cuidados ao Recém-Nascido (RN)*”). Esta experiência permitiu continuar a desenvolver as competências anteriormente referidas e aperfeiçoar competências de supervisão clínica, bem como de formadora. Alarcão e Tavares (1987:197) definem supervisão clínica como sendo o “*processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação*”. A supervisão visa o desenvolvimento de competências e deve promover uma atitude de confiança e de responsabilidade. Tal permitiu também demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de SIP, gerir e zelar pelos cuidados prestados e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Em todas as actividades realizadas, foram efectuados registos precisos e completos (Processo Clínico, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Boletim Individual de Saúde, Ficha de Vacinação, conforme a situação), de forma a permitir uma análise retrospectiva em qualquer momento, favorecendo em simultâneo a continuidade dos cuidados.

O Dia da Criança coincidiu com o decorrer do Estágio. As enfermeiras do CSA, sugeriram a realização de uma qualquer actividade subordinada ao tema “Cuidados com o Sol”, visto que a época balnear se aproximava e com ela os perigos da exposição solar. Neste sentido, foi feito novo contacto com a DGS que nos direccionou para a Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, com o qual se fez contacto telefónico. Foi pedido via e-mail envio de panfletos e/ ou outro material didáctico e foram enviados vários exemplares do livro “Brinca e aprende com o Zé Pintas” (anexo III) e as personagens do livro em tamanho grande. O livro foi distribuído aos pais e crianças que vieram às consultas. Os restantes foram colocados à disposição na sala de espera. Elaborou-se também poster alusivo ao tema (anexo IV) para promoção de comportamentos saudáveis que se afixou na sala de espera.

Este estágio permitiu à mestranda ter uma visão mais alargada e compreender melhor que tipo de trabalho e de articulações se pode e deve fazer no âmbito dos CSP, tendo sempre por base um trabalho em equipa pluri e transdisciplinar. O mais importante é a visão dos

cuidados antecipatórios (papel parental, vacinação, vigilância de saúde, alimentação, saúde escolar); actuando-se sobre as causas para prevenir os problemas, promovendo a saúde e prevenindo a doença. Os recursos da comunidade podem realmente melhorar a acessibilidade da criança e família aos cuidados de saúde.

A mestranda considera que os seus objectivos de estágio foram cumpridos.

3. MÓDULO II - SERVIÇO 3, SALA 2 DO CHLC, PÓLO HDE

Neste capítulo apresenta-se uma breve caracterização do Serviço 3, Sala 2 (S3S2) do CHLC, Pólo HDE, seguida da descrição das actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio.

Anteriormente à sua remodelação, o Serviço 3, Sala 2 do HDE era reservado à especialidade de Ortopedia mas, após a sua reabertura em 17 Outubro de 2005, passou a dar resposta também à especialidade de Neurocirurgia. Localiza-se no 2º piso do edifício central do HDE e recebe crianças dos 0 aos 18 anos (em caso de doentes crónicos poderá ultrapassar os 18 anos) com patologias do foro ortopédico e neurocirúrgico, oriundos da sua área de influência ou referenciados de outras instituições das áreas circundantes à cidade de Lisboa ou ainda de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). O internamento das crianças é feito a partir da Urgência ou da Consulta Externa.

Há dois períodos de visitas por dia: entre as 14 e as 16 horas e entre as 18 e as 19 horas. Durante este período de tempo poderão permanecer junto das crianças 3 pessoas, incluindo os pais. Os pais ou outra pessoa significativa, durante o período diurno, podem ficar com a criança/ adolescente no serviço. No entanto, no período da noite, a partir das 21 horas, só é permitida a presença de um acompanhante.

As patologias do foro ortopédico mais frequentes são: deformidades congénitas, doenças do desenvolvimento, osteogenesis imperfeita, artrogripose, tumores ósseos, infecções (artrites e osteomielites), doenças inflamatórias do aparelho musculo-esquelético, neuro-ortopedia e traumatologia. A nível de patologias do foro neurocirúrgico as mais frequentes são: hidrocefalia, tumores cerebrais, craniocinostose e colocação de derivações ventriculares externas e internas.

A lotação é de 15 crianças/ adolescentes, distribuídas por 11 camas e 4 berços, dispostas por 7 quartos. Regra geral, 11 vagas estão reservadas para a especialidade de Ortopedia e 4 para a especialidade de Neurocirurgia. Em caso de necessidade, esta Unidade de Internamento está preparada para abrir mais 2 vagas. Possui ainda um gabinete para o Director de Serviço, um gabinete para a equipa de Neurocirurgia, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de reunião, uma sala de registos de enfermagem, uma sala de pensos e gessos, uma sala de trabalho, um vestiário do pessoal, uma zona de desinfecção e uma zona suja, uma sala de actividades onde as crianças poderão fazer as refeições, uma copa, uma sala de espera com um vestiário e casa de banho. para os pais/ acompanhantes das crianças e um gabinete aberto para a secretária de unidade do serviço.

Conta com uma equipa de 16 enfermeiros: 1 enfermeiro chefe, 2 EESIP e 12 enfermeiros generalistas. Durante o turno da manhã, nos dias úteis, estão normalmente escalados 4 enfermeiros, enquanto que nos restantes turnos (fim de semana inclusive) estão 2.

O modelo teórico adoptado a nível hospitalar é o Modelo de Nancy Roper. O método de trabalho de enfermagem utilizado é o individual e personalizado e nos doentes crónicos ou com internamentos prolongados é aplicado o método de enfermeiro responsável.

Esta Unidade de Internamento articula-se com o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Serviço Religioso, entre outros. Após a reunião de enfermagem no turno da manhã, a enfermeira chefe reúne-se com a equipa médica e com a fisiatra com o objectivo de organizar/ planear cuidados médicos e de enfermagem às crianças/ adolescentes internados no serviço.

O serviço tem um sistema on-line – SAM, SAPE e Giach - onde toda a equipa médica e de enfermagem realiza registos e/ ou prescrições, validando também a medicação. Os registos de enfermagem são elaborados de acordo com o modelo de CIPE β 2.

Com base no projecto hospitalar da Qualidade, o serviço dá resposta a alguns projectos: Projecto da Dor, Projecto das Úlceras de Pressão e Projecto das Quedas. Para além destes projectos institucionais, o serviço conta ainda com o Projecto das Visitas Domiciliárias, o Projecto da Alta Segura, o Projecto “Articulação de cuidados à criança/família em idade escolar com fixador externo pós-alta hospitalar”, o Projecto Perda e Morte e o Projecto de Encaminhamento das Crianças PALOP.

Nas primeiras 2 semanas de estágio, foi adoptada uma postura de observação participada na prestação de cuidados à criança/ jovem e família, de forma a conhecer as rotinas do serviço e a inteirar-se da execução de técnicas mais específicas. Findo este período, optou-se pela prestação directa de cuidados, em parceria com a EESIP orientadora de estágio e restantes elementos da equipa de forma a continuar a desenvolver as competências de EESIP mencionadas anteriormente.

As crianças/ jovens internados neste serviço, regra geral, têm patologias ou foram alvo de cirurgias que provocam dor, que pode ser variável consoante a patologia, a cirurgia efectuada e, de acordo com o já exposto neste documento, com as experiências de dor anteriores, a personalidade/ cultura da criança, entre outros. Cabe ao enfermeiro, membro da equipa de saúde mais próximo da criança/ jovem, avaliar, prevenir e tratar a dor. A importância da avaliação da dor e seu registo de forma sistemática e regular enquanto 5º Sinal Vital, de acordo com o preconizado pela DGS (2009), adquire na criança importantes contornos para que não só se controle a dor em si como para que se adequem as estratégias anti-álgicas a utilizar. Segundo Batalha (2010:17), saber quantificar a dor é o primeiro passo para o seu correcto tratamento e avaliar a dor *“implica descobrir a natureza e o significado da resposta dolorosa (...), que estímulos a provocam, factores agravantes, os seus efeitos na vida diária, respostas à dor (fisiológicas, comportamentais), padrões de coping, tipo de dor, localização e intensidade”*. Continua referindo que *“medir refere-se apenas (...) à sua dimensão sensorial. A sua quantificação faz-se através de escalas que medem a variabilidade das respostas à dor ou o auto-relato da criança, sem considerar outros factores de experiência dolorosa”* mas que a avaliação da dor abarca *“a identificação de um estado doloroso nos seus mais variados aspectos e a sua quantificação, ou seja, para avaliar é preciso medir”*. No CHLC – Pólo HDE

estão estabelecidos como instrumentos para a auto-avaliação da dor na criança/ adolescente a Escala de Faces de Wong e Baker e a Escala Numérica e para a hetero-avaliação a NIPS, a FLACC, a OPS e a DESS. A auto-avaliação na criança poderá ser utilizada a partir dos 3 anos, inclusive, quando quantificada com as escalas de Faces ou Numérica. No S2S3, também os registos inerentes à dor são efectuados informaticamente, mediante CIPE.

Como um dos objectivos, estabeleceu-se **“Adquirir/ desenvolver competências na área de Estratégias Não Farmacológicas de Controlo da Dor em Pediatria (sensoriais, cognitivas e comportamentais que diminuam a percepção de dor na criança) adequadas a cada fase de desenvolvimento”**. Para isso, começou-se por efectuar uma revisão bibliográfica direccionada para Estratégias passíveis de serem utilizadas neste contexto da prestação de cuidados e que fossem compatíveis com cada fase de desenvolvimento da criança/ jovem e com as patologias existentes no serviço, permitindo assim desenvolver uma actuação e tomada de decisão baseada em evidências científicas. Estabeleceu-se uma parceria com o NTCD do HDE, mediante pedido formal à Administração, no sentido de, para além de ser um parceiro útil no estabelecimento do diagnóstico de situação, aumentar e partilhar conhecimentos nesta área, de forma a planear sessões que visassem a implementação das Estratégias no S3S2, no sentido de integrar o segundo objectivo de estágio, adquirindo competências enquanto elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, colaborando num programa de melhoria contínua e criando/ mantendo um ambiente seguro e terapêutico.

Para que estas Estratégias tenham sucesso na sua implementação, é imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda com a criança/ jovem e família. Tal é conseguido, segundo Hesbeen (2000:103-104), tendo por base o respeito pela pessoa, “caminhando” com ela, sendo para isso, necessário que o profissional conjugue em si

“oito elementos: calor – o prestador de cuidados é percebido como um ser caloroso (...); escuta – que permite acolher a palavra do outro (...); disponibilidade – permite (...) mostrar que está ali, presente a tal pessoa, revela uma atenção particular, (...) escuta serenamente (...), responde às perguntas, identifica as inquietações; simplicidade – caracterizada tanto por um comportamento como pelo recurso a uma linguagem acessível (...); humildade – um profissional consciente dos seus limites, que tem a ambição de prestar ajuda sem ter a pretensão de tudo dominar e de tudo querer saber (...); autenticidade – um profissional que exerce a sua profissão com verdade para consigo e (...) com verdade na relação que mantém com os outros; humor – permite não tornar pesada uma situação, mesmo dramática ou difícil (...); compaixão – permite (...) partilhar o sofrimento do outro (...), aligeirando assim o fardo carregado pelo doente e os seus familiares”.

Da relação estabelecida resulta uma utilização de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor adequadas a cada situação e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança/ jovem, procurando envolver sempre os pais no processo, incentivando-os à aprendizagem e aplicação de algumas destas Estratégias com os seus filhos. As medidas desenvolvidas foram eficazes pois as crianças demonstraram redução de dor em muitas ocasiões. O envolvimento dos pais foi notório, tendo sido possível observá-los a utilizá-las de forma autónoma (anexo V). Tal não teria sido possível se não se tivesse desenvolvido a capacidade de compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência. Foi importante recorrer à utilização destas Estratégias na presença dos outros elementos da equipa de enfermagem na medida é através da formação-acção que se consegue motivar a

equipa para a sua utilização no sentido de promover um desempenho diferenciado mediante a observação da sua eficácia. Esta actividade permitiu que a formanda actuasse como perito na área de ESIP, liderando e orientando a equipa na prestação de cuidados especializados. De salientar que, sempre que a situação o justificasse (após avaliação da dor), foram utilizadas Estratégias Farmacológicas concomitantemente com as Não Farmacológicas, sempre com o bem-estar da criança/ jovem em vista, indo de encontro ao preconizado nas alíneas E2.2.1., E2.2.2., E2.2.3, E2.4.2. e E2.4.3. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“aplica conhecimentos sobre o bem estar físico, psico-social e espiritual da criança”, “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”, “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”, “demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança” e “procura evidência científica para tomar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”*). Os registos de todos estes dados revestem-se de uma importância inconfundível. Nesta perspectiva, a mestrandia efectuou os registos quer resultantes da avaliação da dor (pelo menos uma vez por turno; no momento em que se verifique que a criança tem dor e após as medidas de tratamento utilizadas, farmacológicas ou não farmacológicas, utilizando preferencialmente as escalas de auto-avaliação) quer resultantes das Estratégias utilizadas no controlo e tratamento da mesma no aplicativo SAPE, mediante linguagem CIPE. Os resultados da prática foram assim transmitidos de forma eficaz nas passagens de turno, assegurando a continuidade de cuidados. Desenvolveram-se, assim, competências relacionadas com a capacidade de reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica, realizar a gestão dos cuidados de SIP, incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes, produção de discurso pessoal fundamentado, comunicar os resultados de investigação aos pais e aos profissionais de enfermagem.

Como segundo objectivo de estágio estabeleceu-se **“Identificar a necessidade de formação na equipa de enfermagem na área das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Pediatria na Equipa na Unidade de Internamento”**.

Como forma de estabelecer um diagnóstico de situação, elaborou-se um documento em que se pretendia avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, as suas necessidades de formação e disponibilidade para saber mais sobre o tema (anexo VI). Mediante os resultados obtidos (anexo VII), para além das observações feitas *a posteriori*, pôde-se concluir, apesar de algumas das Estratégias serem utilizadas (apesar de o serem empiricamente) que era necessário desmistificar alguns aspectos do tema e corrigir alguns conceitos. De forma informal, questionou-se também se alguns dos elementos tinha formação na área, sendo que apenas um tinha frequentado a formação ministrada no CHLC – Pólo HDE subordinada ao tema.

Assim, com base na pesquisa bibliográfica efectuada anteriormente, elaborou-se um Manual de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria de consulta fácil (Anexo VIII). Neste Manual reúne informação referente ao mecanismo da dor e à forma como se justifica a eficácia deste tipo de Estratégias, as reacções da criança à dor e medidas básicas no seu controlo de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento. Na sequência de uma

auditoria no âmbito da qualidade no CHLC, o NTCD considerou pertinente incluir informação referente quer aos momentos de medição e avaliação da dor, quer às escalas de avaliação de dor preconizadas no CHLC. Estabelece-se um paralelismo entre a utilização deste tipo de Estratégias com a avaliação da dor e com o recurso a medidas farmacológicas e apresenta-se as Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor passíveis de serem utilizadas no S3S2 (atendendo às patologias mais frequentes). Dado que se verificou também, aquando da auditoria, erros no recurso ao EMLA[®] e à sucrose, incluiu-se também informação relativa a estes meios de controlo/ prevenção da dor na criança. Tal documento, para além de pretender ajudar os enfermeiros na sua prática diária, uniformiza procedimentos podendo ser utilizado como facilitador tanto da integração de novos profissionais como de alunos de enfermagem.

Na sequência da mesma auditoria, o NTCD manifestou que se verificou que as escalas de auto-avaliação eram pouco utilizadas e recorria-se mais às de hetero-avaliação (Anexo IX). Por isso, solicitou-se ao NTCD “réguas” utilizadas no CHLC – Pólo HDE, onde constam a Escala Numérica e a Escala de Faces (Anexo X). Disponibilizou-se uma por enfermeiro, garantindo que cada elemento tivesse sempre as escalas consigo para as aplicar não só no momento de avaliação sistemática dos SV’s mas também sempre que a criança manifestasse dor e antes e depois da administração de qualquer terapêutica analgésica para validação da eficácia das medidas desenvolvidas. A mestranda recorreu sempre às escalas de auto-avaliação, seleccionando a mais adequada a cada criança e incentivou a equipa à sua utilização. De facto, conseguiu-se observar nos registos de enfermagem que, através desta simples medida e após reforço da necessidade da sua utilização nas sessões de formação, as escalas de auto-avaliação começaram a ser mais utilizadas com as crianças. Desta forma, a mestranda demonstrou consciência crítica para problemas da prática profissional, zelou pelos cuidados prestados, tomou iniciativas criativas na interpretação e resolução de problemas, e abordou questões complexas de modo criativo.

A formação é um dos meios essenciais para operar a mudança e alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional. Como forma de continuar a promover a formação em serviço, um dever dos enfermeiros preconizado na alínea l) do n.º 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, iniciada com o manual, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, para além de aplicar as Estratégias com eles no decurso da prática de cuidados diária, procedeu-se a várias sessões de formação, em diferentes horários (normalmente após as passagens de turno). Em conversa informal com os elementos do serviço, percebeu-se que, para além de considerarem a temática relevante, estavam mais receptivos a este tipo de sistema do que a “sessões com horas marcadas”, indo assim o formador ao seu encontro e não eles ao encontro do formador. Desta forma, conseguiu-se chegar a 15 dos 16 enfermeiros do serviço que manifestaram que os conteúdos da sessão tinham sido pertinentes, o discurso fundamentado em evidência científica recente e a metodologia utilizada a mais adequada. O planeamento das sessões também contribuiu para a aquisição de competências relacionadas com a gestão de recursos humanos e materiais, e com a organização de actividades e estabelecimento de prioridades em função dos recursos

temporais. Como poderá ser concluído através do relatório da sessão (Anexo XI), o *feedback* e avaliação da sessão foi francamente positivo, tendo-se discutido a utilização de algumas medidas apresentadas no Manual, após a sua descrição e relação com a prática diária. Ainda como reforço tanto do Manual como das sessões, elaborou-se um Poster onde constam, de forma esquemática proporcionando uma consulta rápida de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, de acordo com idades e sua forma de execução (Anexo XII). Zela-se assim pelos cuidados prestados e promove-se o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Os enfermeiros manifestaram que a maior dificuldade na aplicação destas técnicas se prende com a falta de pessoal e, conseqüentemente com a falta de tempo. Nesse sentido, foi elaborada uma reflexão, estabelecendo um paralelismo com os rácios criança/enfermeiro propostos pela Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA) em 2009 (Anexo XIII). No entanto, após as formações e ao longo da sua aplicação na prática diária em conjunto com a mestranda, reconheceram que poderá haver algumas que são de aplicação fácil e rápida.

Relativamente aos registos de enfermagem e no que se refere às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, verificava-se que não só este nem sempre era feito como também que a sua utilização não era transmitida oralmente nas passagens de turno. A explicação do primeiro acontecimento residia no facto de o seu registo no computador não ser muito fácil: apesar de ser possível levantar o “foco de atenção” de Dor, o padrão documental efectuado não associa nenhuma intervenção de enfermagem. No sentido de facilitar esta procura e de, mais uma vez, sensibilizar para o seu registo, elaborou-se uma lista identificando as intervenções de enfermagem mais adequadas ao registo da dor, principalmente as relacionadas com as estratégias não farmacológicas para o seu controlo (Anexo XIV). Esta foi colocada em zonas estratégicas, próximo dos computadores onde se efectuam os registos, facilitando o processo de procura e registo das intervenções. Comparando com as existentes no Manual, constatou-se que havia algumas em falta, pelo que se comunicou quais ao NTCD para quando o elemento do hospital que introduz novas intervenções no SAPE estivesse disponível as pudesse adicionar. Pôde-se verificar, quase de imediato, um aumento do registo destas actividades no processo da criança.

Com o diagnóstico das necessidades formativas estabelecido inicialmente, com as sessões de formação e com o acompanhamento dos enfermeiros na prestação de cuidados enquanto se incentivava a implementação das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, analisando posteriormente o seu impacto na equipa, foi possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas D2.1.1., D2.1.2., D2.1.3., D2.1.4 e D2.1.5. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“*actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais*”, “*diagnostica necessidades formativas*”, “*concebe e gere programas e dispositivos formativos*”, “*favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros*”, e “*avalia o impacto da formação*”).

A mestranda considera que os seus objectivos de estágio foram cumpridos.

4. MÓDULO III

Este Módulo de Estágio dividiu-se em duas partes: a primeira na UCIN do CHLC, Pólo HDE e a segunda no SUP da mesma instituição.

4.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO CHLC, PÓLO HDE

A UCIN do CHLC – Pólo HDE está desde 2003 integrada no Departamento de Urgência e Emergência Pediátrica juntamente com a UCIP e Serviço de Urgência Pediátrica do HDE. É caracterizada desde o início da sua existência (1983) por ser uma Unidade com valência de Medicina e Cirúrgica, dotada de pessoal especializado e equipamento complexo preparada para dar assistência intensiva a recém-nascidos até aos 28 dias de vida e que podem ser oriundos da Sala de Partos ou do Serviço de Obstetrícia do HDE, do SUP do HDE, transferidos de outros serviços de internamento do Hospital ou ainda transferidos de outros Hospitais Públicos ou Privados da ARSLVT, zona Sul e Ilhas.

Em 2000 foram realizadas obras de reestruturação, aumentando a capacidade para 20 camas (10 para cuidados intensivos e 10 para cuidados intermédios). No entanto, devido ao reduzido n.º de profissionais e à falta de equipamento, a unidade tem uma lotação de 16 camas (8 de intensivos e 8 de intermédios). A actual UCIN reabriu a 23 de Março de 2001.

Fisicamente, esta unidade é constituída por uma sala de reuniões; o gabinete do chefe de serviço; o gabinete da enfermeira chefe, os vestiários do pessoal, os vestiários dos pais, duas casas-de-banho do pessoal; uma casa-de-banho dos familiares; uma zona suja; uma sala de lavagem e desinfecção; uma copa de leites; uma sala de trabalho; uma sala de pausa; duas salas de cuidados intensivos e duas salas de cuidados intermédios.

A área de influência da UCIN corresponde à área de assistência materno-infantil do Hospital Dona Estefânia. Integrada num Hospital Pediátrico Central, foi desde o seu início uma unidade médico-cirúrgica. É uma unidade de referência para o recém-nascido com patologia cirúrgica, sendo admitidos recém-nascidos da Maternidade Alfredo da Costa (MAC), do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) e de outros hospitais de Lisboa e Vale do Tejo, do Algarve e Alentejo e também das regiões autónomas. A gestão de vagas para todos os recém-nascidos (RN) em estado crítico que necessitam de cuidados especiais é assegurada pelo subsistema de transporte neonatal, INEM - Região Sul.

Os diagnósticos mais frequentes são: prematuridade, baixo peso e outras alterações no crescimento e desenvolvimento in-útero, Síndrome de Dificuldade Respiratória, Doença da Membrana Hialina e Hipertensão Pulmonar, aspiração meconial e asfixias neonatais graves, sépsis neonatal, isoimunização e malformações congénitas.

Os pais podem permanecer 24 horas nesta unidade mas no período nocturno poderá permanecer somente um dos progenitores. Os irmãos poderão efectuar visitas (se forem pequenos deverão ser acompanhados pelos pais e a visita deverá ser de curta duração; se, pelo contrário, forem adolescentes poderão permanecer o tempo que desejarem). O RN poderá ter 2 visitas diárias alternadas, por um período de 10 minutos cada uma, no período das 14h às 18h e estas são combinadas com os pais. Em situações especiais (baptismo, antes da cirurgia, estado crítico) o número e o horário das visitas poderão ser flexíveis.

A equipa de enfermagem conta com 38 enfermeiros: 1 enfermeira chefe (EESIP), 5 EESIP, 7 enfermeiros com ESIP e 25 enfermeiros generalistas. Nos turnos da manhã a equipa de enfermagem é constituída por 8 ou 9 enfermeiros. Nos turnos da tarde e da noite a equipa é constituída por 6 enfermeiros. A distribuição dos enfermeiros é realizada pela chefe de equipa, EESIP, elemento que pela sua diferenciação está qualificado para assumir a tomada de decisão, adequando a sua comunicação às diversas situações. O Decreto-Lei nº 437/91 (p.5724) refere que compete ao EE *“prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”*, tendo, assim, a responsabilidade de estabelecer e organizar o trabalho da equipa de enfermagem. Para isso, tem de conhecer as características específicas de cada enfermeiro e as necessidades dos bebés e famílias, tendo em conta a complexidade e especificidade dos cuidados, para poder distribuir os enfermeiros pelas unidades, cabendo-lhe ainda a responsabilidade de supervisionar os cuidados prestados e prestar assistência aos enfermeiros não especialistas em caso de necessidade, precisando, para isso, de ter uma visão integradora do funcionamento da UCIN a cada momento.

Como já se disse, o modelo teórico adoptado a nível hospitalar é o Modelo de Nancy Roper e na UCIN o método de trabalho é individual e de enfermeiro responsável. Os cuidados de enfermagem são baseados na filosofia do NIDCAP[®], que tem como finalidade implementar a filosofia dos cuidados centrados na família, numa perspectiva do desenvolvimento. As principais áreas de intervenção deste modelo centram-se no controlo dos estímulos externos (vestibular, auditivo, visual e táctil), agrupamento dos cuidados prestados, posicionamento e parceria parental nos cuidados a prestar ao recém-nascido. Como forma de promover o crescimento e desenvolvimento do RN, preconiza uma

“manipulação segura para que conquiste as aquisições do período inicial da vida (...). São elas: coordenação entre sucção, deglutição e respiração, regulação dos ritmos de alimentação, sono/ vigília/ actividade, consolabilidade, modulação do tônus muscular, organização da postura e do movimento contra a gravidade”. (OE, 2008:7).

Para além desta equipa a UCIN articula com o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Pedopsiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Serviço Religioso, entre outros.

Como Projectos da Instituição/ Serviço A UCIN conta com: o Projecto Global da Qualidade (King's Fund), o Projecto da Dor, o Projecto CIPE na UCIN, o Projecto “Aconselhamento em Aleitamento Materno na UCIN”, o Projecto dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento (NIDCAP[®]), o Projecto “Da Admissão à Alta de Enfermagem”, o Projecto

“Acolher na UCIN”, o Projecto “Método Canguru”, o Projecto “Protecção da Pele do RN com estomas”, o Projecto “Preparação da grávida com Risco de Parto Pré-Termo”, o Projecto “Massagem do bebé” e o Projecto “Perda e Morte na UCIN”.

Neste estágio, com a duração de 90 horas, após conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento da UCIN, a mestranda colaborou na prestação de cuidados ao RN/ bebé e família, continuando simultaneamente a desenvolver as competências de EESIP adquiridas ao longo dos estágios anteriores.

Como um dos objectivos de estágio, a mestranda tinha estabelecido **“Adquirir/ desenvolver competências na área de Estratégias Não Farmacológicas de Controlo da Dor em Pediatria (sensoriais, cognitivas e comportamentais que diminuem a percepção de dor na criança) no RN/ bebé internado na UCIN”**. Como referido anteriormente, a UCIN do CHLC tem o Projecto de massagem do bebé, uma das formas de promoção do seu desenvolvimento. Embora com formação específica na área da massagem, a oportunidade de desenvolver competências na adaptação da técnica a este grupo etário, avaliando a tolerância/ disponibilidade do bebé previamente, foi muito gratificante e enriquecedora.

Também teve a oportunidade de administrar sucrose associada à sucção não-nutritiva de acordo com o protocolo hospitalar/ recomendações de literatura antes de qualquer procedimento doloroso *minor* (p.ex. punções venosas e do calcâneo). A sucção não-nutritiva não só potencia a acção da sucrose como ajuda o bebé a coordenar o reflexo de sucção/ deglutição/ respiração, estabilizando a FC, melhorando a oxigenação e diminuindo o stress.

O toque é considerado como uma das formas mais importantes de comunicação não verbal, podendo transmitir mensagens positivas ou negativas à pessoa. É um tipo especial de proximidade, pois quando alguém toca o outro a experiência é sempre recíproca. Actua a nível da pele e permite o fluir das emoções, tornando o corpo mais receptivo às sensações agradáveis. E no bebé é o meio principal de comunicação. É na pele que o bebé recebe a maior parte das mensagens que dizem respeito aos sentimentos e às emoções existentes em relação a si.

Estudos revelam que uma simples carícia pode melhorar a saúde de bebés prematuros. O acto de passar a mão suavemente sobre ele, numa única direcção, estimula a produção de imunoglobina A, célula de protecção do organismo, reforçando o sistema imunológico do bebé e tornando-o mais resistente às infecções.

Na tentativa de trazer uma técnica de toque e controlo de dor ainda não utilizada na UCIN aprendida anteriormente no curso de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor ministrado pelo CHLC – Pólo HDE, a mestranda alargou conhecimentos investigando e consultando artigos, estudos e teses acerca da terapia do TAC-TIC ao mesmo tempo que mantinha contacto com o NTCD.

A terapia do TAC-TIC (Touching and Caressing; Tender In Caring - em inglês Toçar e Acariciar, Suavidade no Trato) foi desenvolvida pela brasileira Elvidina Adamson-Macedo, especialista em psicologia comportamental, na Universidade de Londres. *“Não é massagem,*

são toques delicados e continuados”, explica a psicóloga. A técnica está a ser aplicada em vários hospitais no Brasil, no Reino Unido e no Chile. Consiste em 22 movimentos suaves que devem ser feitos pelo menos duas vezes ao dia, demorando cerca de 3 ou 4 minutos no bebé recém-nascido e prematuro (caso não seja prematuro, o tempo de aplicação da técnica poderá ser prolongado mas nunca além dos 10 minutos para não constituir uma sobre-estimulação). Este método não é uma massagem pois não actua nos músculos. A sua acção é sobre as terminações nervosas da pele e consiste em toques delicados, sistemáticos e continuados.

Tem sido utilizada com óptimos resultados a nível da aquisição mais rápida da autonomia respiratória (as saturações de oxigénio aumentam) e alimentar (há uma melhoria dos reflexos do bebé, sendo a mais evidente a nível do reflexo de sucção, o que leva à possibilidade de alimentação oral mais rapidamente, dispensando assim a alimentação por gavagem), reduzindo o tempo de internamento nas unidades de cuidados intensivos. O último aspecto é explicado por estudos que documentam que há um aumento da velocidade e eficácia do reflexo de sucção, melhorando ainda assim a digestão devido ao aumento da secreção de lipase. É interessante referir ainda que os bebés estudados internados numa UCIN e que receberam TAC-TIC logo nas 48h após o nascimento têm uma perda de peso fisiológica inferior na primeira semana de vida e ganham mais peso nas semanas subsequentes do que aqueles que não receberam a técnica. (Barnes, 2008:35-50). Estudos indicam que três minutos depois dos toques neuronais, consegue-se observar uma estabilização da tensão arterial e da frequência cardíaca. Barnes (2008:35-50) refere que há ainda um aumento da produção de Imunoglobulina A no organismo, substância tida como sendo um dos factores chave na prevenção de infecções, o que significa que a técnica estimula o sistema imunitário do bebé. Verifica-se ainda a produção de β endorfina, melhorando o quadro fisiológico do bebé (incluindo aumento de peso), diminuindo a dor e aliviando o stress. Por isso, o bebé adquire movimentos mais coordenados e apresentam um comportamento físico indicativo de maior grau de conforto (mesmo que estejam ventilados). O tratamento terapêutico deve ser mantido até o bebé ter alta do hospital.

A mestranda aplicou a técnica sempre após avaliação da disponibilidade/ tolerância do bebé, obtendo óptimos resultados. De facto, notou-se que, num bebé relativamente desorganizado nos seus movimentos, ao fim de 3 aplicações em 2 dias, apresentou melhoria da coordenação dos movimentos dos membros. Os bebés sujeitos à técnica permaneciam com maior estabilidade dos seus SV's, inclusivamente em situações em que antes havia instabilidade da FC/ FR e da TA (Anexo XV). Aplicou-a também em casos em que os bebés mostravam alguma agitação motora e no seu contexto de trabalho (Anexo XV).

A avaliação da dor na UCIN do CHLC faz-se mediante a escala de dor NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) e é feita de forma sistemática no turno, antes e após a administração de qualquer medida ou terapêutica analgésica. A mestranda procedeu a esta avaliação de forma sistemática e sempre que se justificasse, efectuando o registo nos locais adequados, bem como todas as estratégias para controlo de dor utilizadas (para além dos restantes dados relativos aos cuidados prestados e evolução do bebé ao longo do turno). A mestranda teve a

oportunidade de recordar competências de enfermagem relativas aos registos (cálculo do balanço hídrico nos momentos protocolados, por exemplo). No final de cada turno, reportou à equipa toda a evolução do bebé e as estratégias não farmacológicas no controlo de dor utilizadas e seus efeitos, garantindo assim a continuidade dos cuidados.

Ao longo deste estágio, e com base nas experiências / aprendizagens dos estágios que o precederam, a mestranda procurou desenvolver as competências mais específicas, nomeadamente técnicas, científicas e relacionais durante a prestação de cuidados de enfermagem ao RN/ bebé e família internado na UCIN através da gestão e interpretação da informação adquirida ao longo do percurso académico e profissional, aprofundando conhecimentos na área de ESIP e mantendo assim o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Ferreira e Costa ([s.d]:52) referem que *“embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo”*. Recordam ainda que

“durante a gravidez, os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interação (...) e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real. (...) assim, o nascimento de um filho pré-termo é uma situação geradora de grande stresse num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da paternidade. Sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebé”. (Ferreira e Costa, [s.d]:52).

O RN pré-termo é indissociável da sua família. A equipa que presta cuidados à díade bebé – família, como é um bom exemplo a UCIN do CHLC, na tentativa de levar a uma vinculação, encoraja os pais a permanecer junto do bebé e integra-os na prestação de cuidados e na própria equipa, preparando-os desde o primeiro dia para a alta se for caso disso, facilitando e promovendo desta forma o desenvolvimento das competências parentais, tendo sempre em atenção o respeito pelos seus próprios desejos e características e valorizando as suas competências e evolução. Relativamente à preparação para a alta, Ferreira e Costa ([s.d]:57) afirmam que

“inicia-se no momento da admissão e (...) ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, estamos a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa. Estes requisitos são essenciais e imprescindíveis, para garantir a continuidade domiciliária de cuidados eficazes, o que em simultâneo com uma relação criança/família em desenvolvimento, serão contributos para elevar a qualidade de vida do bebé”.

Ao longo da prestação de cuidados, houve a preocupação de incentivar a presença dos pais, promover a participação activa destes nos cuidados ao bebé (alimentação, higiene...), efectuar-lhes ensinamentos, abordando as características de um bebé prematuro e as suas necessidades específicas, mantendo-os simultaneamente informados da situação clínica do bebé através da transmissão de informações de forma clara e adequada ao estado emocional dos pais, tentando ir de encontro às suas dúvidas com a convicção que tal permite não só diminuir assim incertezas, ansiedades e medos como também ensinar os pais a conhecer o seu bebé e a reconhecer nele eventuais sinais de fadiga (fase em que deverão reduzir a sua estimulação), conseguindo assim uma interação adequada e oportuna e desenvolver competências parentais. O incentivo à amamentação (sempre que possível) é uma das formas

de estabelecer a vinculação mediante o contacto físico e este foi um dos Projectos que a mestrandia colocou em prática. Quando tal não era possível, de acordo com o Projecto, estimulava-se a mãe a colher o seu leite para depois ser administrado por gavagem. O contacto pele a pele não só reduz o stress nos bebés, estabiliza a temperatura e a saturação de oxigénio, promove a organização do estado comportamental e comportamentos de auto-regulação (Hockenberry, 2000:241) como também, pela sua natureza, promove a vinculação. Por isso, a mestrandia procedeu à aplicação do método canguru, após avaliação global do bebé. Outro Projecto prende-se com a massagem do bebé. A mestrandia incluiu os pais na prestação dos cuidados ao ensinar-lhes massajar o bebé após a prestação dos cuidados de higiene de acordo com o protocolo de serviço. De notar, então, que tais medidas promoveram não só o contacto físico dos pais com o bebé como envolveram os pais na prestação de cuidados e promoveram comportamentos interactivos. Este percurso permitiu cumprir o preconizado nas alíneas E3.2.2., E3.2.4., E3.2.5 e E3.2.6. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover comportamento interactivo”, “utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/ RN”, “promove a amamentação”, “envolve os pais na prestação de cuidados ao RN”*).

Na UCIN do CHLC, como já se disse, os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada e de acordo com os princípios do NIDCAP®. Por isso, foi possível promover um ambiente de protecção através dos cuidados com a luz, com o ruído, com os posicionamentos e com as manipulações, colaborando no estabelecimento de um ambiente de protecção ao bebé, evitando sobre-estimulação. Relativamente ao ruído, é importante reduzir as actividades que produzam ruído, nomeadamente o fechar de portas (deve-se ter especial atenção às da incubadora), falar alto, os alarmes dos monitores e o manuseio de equipamentos (caixotes do lixo, por exemplo. Note-se que actualmente se pensa que, no interior da incubadora, há um ressoar do ruído, aumentando a sua intensidade, sendo, por isso, importante não colocar objectos aí em cima). Na UCIN do CHLC, as incubadoras possuem capas protectoras da luz e nos turnos da manhã e da tarde diminui-se a luz natural ao mínimo e evitam-se as manipulações ao longo de uma hora em cada turno, para promover os períodos de repouso dos bebés. No período nocturno, como forma de estabelecer padrões de sono dia-noite, mantém-se o ambiente escurecido intencionalmente (utilizam-se focos de luz direccionais para a prestação dos cuidados) e evitam-se manipulações desnecessárias. O bebé deve ser manuseado com movimentos lentos e controlados e *“os seus movimentos aleatórios são controlados com a flexão dos membros próximo ao corpo durante o virar ou outras mudanças de posição. (...) Um ninho construído pela colocação de rolos (...) ajuda o neonato a manter uma postura flexionada quando em decúbito (...) lateral”* (Hockenberry, 2000:241). A prestação de cuidados é sempre contingencial ao estado de alerta/ repouso dos bebés bem como aos sinais comportamentais de aproximação e afastamento (Hockenberry, 2000:242). De salientar ainda que nesta Unidade há coordenação dos cuidados entre as equipas médicas e de enfermagem, resultando num menor número de manipulações dos RN.

A mestranda teve ainda a oportunidade de mobilizar os conhecimentos da sua prática diária ao receber uma criança no seu pós-operatório imediato, relacionando os cuidados do Bloco Operatório com os da UCIN e prevenindo complicações.

Relativamente ao segundo objectivo de estágio, **“Identificar a necessidade de formação na equipa de enfermagem na área das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Pediatria na Equipa da UCIN”**, começou-se por entrar em contacto com o NTCD do CHLC – Pólo HDE para saber qual a situação da UCIN relativamente à utilização das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor ainda antes do início do estágio. Neste contacto foi possível apurar o investimento que esta Unidade tem vindo a fazer nesta área, tendo inúmeros projectos relativos ao tema. Foi também aconselhado a investir na integração da técnica TAC-TIC, pouco conhecida na Unidade (excepto pelos elementos que tinham assistido à formação “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor”, ministrada no CHLC – Pólo HDE). Efectuou-se a confirmação deste facto junto da enfermeira que se encontrava a exercer as funções de coordenação do serviço (a enfermeira chefe do serviço encontrava-se ausente por questões de saúde).

Barnes (2008:40-46) refere que De Roiste e associados procuraram investigar quais os efeitos do TAC-TIC quando eram os pais a aplicar a técnica. Referem que os bebés ficavam mais reactivos, com movimentos mais coordenados dos membros e que apresentavam, aparentemente, maior grau de conforto. Os bebés que receberam TAC-TIC efectuado pelos pais vocalizaram mais cedo que os do grupo de controlo. Justificou-se tal facto através do estabelecimento de uma hipótese de relação entre a interacção pais-bebés modulada pelo toque no momento da prática do TAC-TIC pois não só as expectativas dos pais aumentavam em relação aos bebés, como o comportamento dos pais se tornava muito mais pró-activos no cuidado ao bebé após a administração da técnica, aumentando as suas interacções expressivas e verbais. Além disso, estes bebés apresentaram, à idade de 7 anos, valores de inteligência mais elevados dos que os que constituíram o grupo de controlo.

Como forma de estabelecer um diagnóstico de situação relativamente à técnica TAC-TIC na UCIN do CHLC – Pólo HDE, elaborou um pequeno guião para uma conversa informal com alguns elementos do serviço (Anexo XVI). Pode concluir que a equipa estava muito receptiva à formação acerca da técnica, tendo havido até sugestões de abordagem ao tema.

Elaborou-se um Manual dirigido à equipa de enfermagem relativo à técnica (anexo XVII) para que esta a pudesse treinar posteriormente com segurança. Este expunha de forma simples os princípios básicos da técnica, seus benefícios/ vantagens e forma de execução, baseando-se em artigos, estudos e teses o mais recentes possível como forma de mostrar evidência científica. Para além de pretender ajudar os enfermeiros na sua prática diária, o Manual promove o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa e será um importante facilitador tanto da integração de novos profissionais como de alunos de enfermagem.

Numa UCIN dificilmente há tempo específico para formação, pelo que se optou pela apresentação de sessões de formação curtas e práticas imediatamente após as passagens de turno, tendo-se realizado cinco sessões. Foi utilizado o método demonstrativo (com os seus 4

passos) através da utilização de um boneco, começando-se, tal como no Manual por descrever os princípios básicos da técnica, seus benefícios/ vantagens e forma de execução, relacionando tudo com a evidência científica encontrada. Ilustrou-se ainda a sua relação com a prática diária, nomeadamente através da experiência pessoal da mestranda em contexto de trabalho. O tema suscitou bastante interesse nos profissionais, alguns dos quais verbalizaram a necessidade de formação específica e a estratégia de utilizar o espaço após as passagens de turno revelou-se muito satisfatória, permitindo aos profissionais praticarem num bebé após a sua realização num boneco. Foi elaborado também um poster onde se pretendia relembrar os profissionais dos passos da técnica e incentivá-los à sua aplicação (Anexo XVIII). O feedback das sessões foi bastante positivo, como poderá ser observado no relatório das sessões (Anexo XIX).

O ensino da técnica aos pais, a aplicação do método canguru e o acompanhamento efectuado pela formanda durante a massagem ao bebé permitiu cumprir o seu terceiro objectivo: **“Sistematizar o ensino aos pais na área das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Neonatologia”**, contribuindo simultaneamente a melhoria dos cuidados, o desenvolvimento do bebé e a vinculação (incentivando não só o contacto físico dos pais com o bebé como envolvendo os pais na prestação de cuidados e promovendo comportamentos interactivos).

Todos os momentos são oportunos para ensinar, instruir e treinar os pais (desde que estes estejam disponíveis para aprender). Esta técnica, por ser de toque, é uma ferramenta óptima para promover a vinculação. Tendo em mente que todas as informações que são dadas aos pais influenciam a vinculação e a adesão ao que lhes é demonstrado, foi extremamente importante começar por explicar os benefícios da TAC-TIC e o que se tem verificado ao longo das investigações. O método de ensino utilizado foi semelhante ao utilizado com a equipa de enfermagem, havendo espaço para que estes pudessem treinar com os seus bebés e esclarecer dúvidas que fossem surgindo. A adesão por parte dos pais e até de irmãos foi, de facto, fantástica, optando de forma voluntária pela sua aplicação diária. Sendo a prioridade a formação e o treino de toda a equipa de enfermagem, apenas houve a oportunidade de demonstrar a técnica a alguns pais. A segurança da equipa de enfermagem na aplicação desta técnica é fundamental. Para tal, precisam de tempo para o seu treino. Após este período de aquisição e aperfeiçoamento de competência, será então oportuno proporem-se integrar os pais de uma forma sistemática, acompanhando-os no treino de habilidades relativas a esta área e supervisionando os seus cuidados. Neste sentido, é importante realçar a preocupação na elaboração do poster para a equipa de enfermagem, garantindo que este poderia ser utilizado na íntegra como complemento de ensino e orientação dos pais.

A mestranda considera que os seus objectivos de estágio foram cumpridos.

O facto de ter prestar cuidados directos ao bebé e sua família permitiu desenvolver competências numa área tão específica e complexa como uma UCIN. Contam-se entre elas a gestão e interpretação de informação proveniente da sua formação inicial e da sua experiência profissional, reflectindo de forma crítica na e sobre a sua prática, o desenvolvimento de uma

metodologia de trabalho eficaz na assistência ao bebé (RN ou RN pré-termo) e família, a tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades éticas e sociais, a capacidade de trabalhar na equipa interdisciplinar, aperfeiçoar técnicas de comunicação e a realização da gestão dos cuidados.

Este estágio proporcionou um importante momento de desenvolvimento pessoal e profissional na medida em que permitiu transportar a aprendizagem para a prática diária, estimulando simultaneamente a pesquisa e treino de competências adquiridas na medida em que, em contexto de Bloco Operatório Pediátrico, a mestranda recebe com frequência bebés provenientes da UCIN. Após este módulo de estágio está mais atenta ao cumprimento de medidas importantes para uma boa estabilização e recuperação pós operatória do bebé para as quais não estava desperta. Ao transportar para a prática diária os contributos desta experiência formativa, motiva a sua equipa de trabalho a alterar alguns comportamentos identificados e incentiva a adopção de algumas medidas básicas, fundamentando a sua orientação baseada em evidência científica e experiência pessoal. Foi gratificante observar uma tentativa de alteração de carácter permanente na actuação destes elementos. Um dos exemplos prende-se com a manutenção da temperatura corporal do bebé e manipulações: não só não havia uma preocupação em agrupar as acções a desenvolver no mínimo de momentos como muitas vezes como se descurava o aquecimento do bebé, o que originava valores de temperatura corporal (monitorizada continuamente e especialmente à saída da sala de operações) muito oscilantes e um arrefecimento corporal considerável no final da cirurgia (na ordem dos 35°C). Depois da intervenção junto da equipa, verificou-se uma alteração neste tipo de situações: as manipulações diminuíram (concentram-se as acções em momentos chave) e a temperatura corporal mantém-se muito mais estável e dentro de valores fisiológicos (à saída da sala de operações, os bebés apresentam temperatura geralmente nunca inferior a 36°C).

4.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO CHLC, PÓLO HDE

O SUP do CHLC - Pólo HDE integra desde 2003 o Departamento de Urgência e Emergência Pediátrica juntamente com a UCI Pediátrica e a UCIN do HDE. Localiza-se no edifício central do HDE, mais propriamente no piso 0. Dá resposta às situações emergentes (intoxicação ou suspeita, traumatismo, convulsões, perda súbita de consciência, crianças transportadas pelo INEM, e outras emergências) e funciona 24h/ 24h, prestando assistência a crianças com idade inferior a 18 anos (excepto na área da pedopsiquiatria que só atende crianças com idade inferior a 16 anos).

O circuito de entrada da criança no SUP é feito através do Cartão de Utente e pode ter várias origens: exterior (casa/ rua), por fax (através da saúde 24), pelo médico de família ou outro médico mediante envelope azul, por fax enviado pelos CS da área de referência directa (Alameda, Coração de Jesus, Graça, Lapa, Luz, Marvila, Olivais, Penha de França, Sacavém, São João, São Mamede/ Santa Isabel e Sete Rios), por carta do médico assistente

ou ainda por proveniência de outros hospitais. Há também critérios de admissão directa no SUP: criança com idade igual ou inferior a 6 meses, criança com suspeita de intoxicação, criança com traumatismo/ acidente, criança com convulsão, criança enviada pelo INEM ou criança referenciada. Os critérios clínicos recomendados para a triagem são: maus-tratos (incluindo abuso sexual), dificuldade respiratória, mau estado geral, desidratação, vômitos incoercíveis, dor abdominal aguda, situação suspeita de foro neurológico e criança com agudização de doença crónica (devidamente assinalada no Boletim Individual de Saúde).

Por contingências arquitectónicas, a estrutura física deste serviço divide-se essencialmente em duas partes: a Unidade de Pediatria Médica (UPM) e a Unidade de Pediatria Cirúrgica (UPC), as quais dão resposta a inúmeras solicitações tanto do exterior como a nível interno. A UPM tem uma sala de espera, um balcão de admissão, um gabinete de triagem (com capacidade para três atendimentos), uma sala de reanimação, 5 gabinetes médicos, uma pequena sala de espera para as crianças com idade inferior a 6 meses e/ ou que requerem uma vigilância mais atenta, uma sala de tratamentos, uma sala de aerossóis e uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), dividida em 2 salas, com capacidade para dois berços e três camas. A UPC é constituída por uma sala de espera, gabinetes médicos para as especialidades de ortopedia/ traumatologia, cirurgia e otorrinolaringologia (9h – 21h) e uma sala de pequena cirurgia contígua a uma pequena sala de observações. O processo clínico encontra-se informatizado através do sistema de informação HP-HCIS. No sentido de otimizar o actual processo de prestação de cuidados de saúde, a HP desenvolveu um sistema de informação – o HP-HCIS - que integra a informação clínica do doente (Processo Clínico Electrónico) no processo de prestação de cuidados. É uma solução composta por vários módulos integrados e assentes num processo clínico electrónico único e proporciona aos utilizadores um ponto comum de acesso às informações que constituem o processo clínico que podem estar alojadas no seu próprio repositório de dados ou ser acedidas através das aplicações que as geram (imagiologia e patologia clínica, por exemplo). Este sistema informático permite ter acesso imediato à localização da criança no hospital, à sua situação clínica, aos exames em espera ou já efectuados e às terapêuticas prescritas/ efectuadas.

A equipa do SUP é multiprofissional e composta por médicos de várias especialidades, enfermeiros e assistentes operacionais. Esta equipa é complementada por outros profissionais que dão apoio sempre que necessário (obstetra/ ginecologista, neurocirurgião, estomatologista, oftalmologista, psicólogo, assistente social e mediador cultural).

A equipa de Enfermagem é formada por 35 elementos (1 enfermeiro chefe ESIP, 5 EESIP e 29 enfermeiros generalistas). O método de trabalho utilizado pela equipa é o individual e utiliza-se a metodologia científica adoptada pela instituição (Nancy Roper). Nos turnos da manhã e da tarde estão escalados 6 enfermeiros e 5 no turno da noite. O enfermeiro coordenador da equipa tem um papel primordial, pois é a ele que cabe a responsabilidade de distribuir cada enfermeiro pelo seu posto de trabalho e actuar de uma forma concisa e objectiva em todas as situações. Sempre que uma das valências necessita de mais outro elemento, é ele que colabora ou, caso não seja possível, nomeia outro colega para esse local, substituindo

também os enfermeiros no seu lugar sempre que necessário. Os postos de trabalho distribuem-se pela triagem, UICD, sala de tratamentos e UPC e um destes elementos fica também destacado para a equipa de reanimação, dando apoio a qualquer serviço de internamento onde ocorra uma Paragem Cardio-Respiratória.

Na UPM, a triagem é efectuada pelo enfermeiro e estabelece a prioridade no atendimento médico a todos os utentes que recorrem ao SUP. A equipa de enfermagem estabeleceu como objectivos da triagem assegurar tratamento imediato para as situações de emergência, classificar as crianças segundo a gravidade da situação para o estabelecimento de prioridades de atendimento médico e determinar o encaminhamento para a área de atendimento adequada à criança. Foram estabelecidas cinco prioridades de atendimento, caracterizadas por um número/ cor, permitindo uma rápida visualização e interpretação: 0 - Emergente/ vermelho - a espera poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física/ mental (não tem por isso tempo de espera); 1- Muito Urgente/ laranja - a espera superior a 10 minutos poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física/ mental; 2- Urgente/ amarelo – a espera está entre 10 e 60 minutos, não causando risco de vida ou à integridade física para a criança; 3- Não Urgente/ verde - a espera até 120 minutos não causa risco de vida ou à integridade física para a criança; e 4- Não considerados critérios de prioridade/ branco - todas as crianças que vêm referenciadas para determinados médicos. É na sala de tratamentos que são efectuados os procedimentos prescritos após observação médica e, após a sua realização, a criança é reavaliada pelo médico. A UICD tem características semelhantes a uma Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria. A criança é aqui internada sempre que se preveja resolver/ estabilizar determinada situação clínica num período de 24 horas (pode ir até 48). Findo este período ou a criança tem alta ou é transferida para uma enfermaria. Já no sector da UPC, a especialidade de cirurgia realiza não só observações para confirmação de algum diagnóstico cirúrgico mas também procedimentos que visem o tratamento ou de queimaduras ou de feridas em que seja necessário suturar. Em determinados tipos de fracturas, o ortopedista realiza o gesso. A especialidade de ORL efectua observações e qualquer procedimento mais “simples”. Após observação pela especialidade, a criança poderá ter alta ou ser internada para efectuar/ continuar tratamento. É função do enfermeiro dar apoio a toda e qualquer destas situações.

Relativamente aos projectos, distribuem-se por grupos de trabalho. O mais recente é o grupo dinamizador da sala de espera que pretende gerir a informação afixada nos painéis e a que passará no ecrã digital, com o objectivo de informar/ formar os acompanhantes do utente pediátrico. Existem também os grupos de implementação da CIPE, o da Dor, o de Apoio à Criança Maltratada e o grupo de Reanimação. Foi criado também um jornal de parede para a sala de enfermagem onde são colocados artigos a analisar em sessões informais.

Neste estágio, com a duração de 90 horas, após conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do SUP nas suas várias valências, foi adoptada uma postura de participação na prestação de cuidados à criança/ jovem e família em parceria com a EESIP

orientadora de estágio e restantes elementos da equipa, tendo o cuidado de aplicar simultaneamente os objectivos de estágio propostos no Projecto.

Procurou-se mobilizar as competências técnicas, científicas, humanas, éticas e culturais, adquiridas não só com a aprendizagem académica como com a prática profissional, procurando respeitar sempre a individualidade de cada criança/ jovem e família. Ao longo deste estágio, continuou-se a desenvolver as competências adquiridas ao longo dos estágios anteriores. Desta forma, adequando as medidas à faixa etária da criança, os cuidados prestados incidiram em vários aspectos e procurou cumprir em simultâneo o seu objectivo de Estágio **“Adquirir/ desenvolver competências na área de Estratégias Não Farmacológicas de Controlo da Dor em Pediatria (sensoriais, cognitivas e comportamentais que diminuam a percepção de dor na criança) adequadas a cada fase de desenvolvimento”**, iniciado anteriormente. Na área da Triagem, colaborou em várias actividades, nomeadamente na colheita de dados não só para perceber o motivo de vinda ao SUP como também para poder proceder a uma avaliação da situação clínica da criança/ jovem. Para que tal seja possível, procedeu-se a vários passos: identificação da principal queixa e possíveis causas, averiguando se existem factores que a aliviam ou agravam e recolha sumária da história de saúde; observação sumária da criança que inclui a avaliação da temperatura, saturação de oxigénio (em casos em que se observem alterações respiratórias), tensão arterial quando pertinente, presença de dor (avaliação através da escala numérica, de faces e da FLACC, conforme os registos informáticos preconizados na Triagem no SUP) e peso; administração de terapêutica analgésica/ antipirética ou outra, sempre que adequado e de acordo com os protocolos; registos das informações colhidas, medidas tomadas e encaminhamentos realizados em formulário próprio no sistema informático; atribuição da prioridade de atendimento e encaminhamento da criança/ família para local adequado se necessário; e orientação da criança/ jovem e família sobre as medidas a tomar enquanto aguarda o atendimento médico (sempre que a criança é encaminhada para a sala de espera são realizados ensinamentos aos pais no caso da situação clínica poder agravar-se enquanto aguardam a chamada para o gabinete médico). Neste sector, foi necessário ter, como preconizado na alínea E1.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, *“conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”*, um dos princípios da Triagem. Pelas suas especificidades e atendendo ao seu objectivo, ou seja o estabelecimento de prioridades tendo em vista a avaliação do tipo de cuidados necessários e a determinação da área de tratamento para onde encaminhar a criança/ jovem e família, o enfermeiro de Triagem tem de ter a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, fundamentais na relação com a criança/ jovem e família. Desta forma, o EESIP é o elemento mais qualificado para o fazer porque, tal como refere o Decreto-Lei nº 437/91 (p.5724), compete ao EE *“prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”*. É com agrado que se

constata que no SUP do CHLC, sempre que exista um EESIP na equipa, tendo em conta a responsabilidade e complexidade que a triagem envolve, é ele que desempenha não só as funções de chefe de equipa como de enfermeiro deste sector. De salientar que durante a colaboração dos cuidados nesta área, a mestranda detectou, mediante observação do comportamento e discurso de um jovem adolescente que tinha recorrido ao SUP com queixas urinárias, um potencial caso de maus tratos (neste acaso, abuso sexual). Procurou-se conduzir a entrevista de Triagem de forma a que esta fosse esclarecedora relativamente às suspeitas e, na aparente confirmação, procedeu-se de imediato a um clima de privacidade e encaminhamento do jovem para o médico para que se pudesse seguir o protocolo estabelecido no caso de suspeita de maus tratos, cumprindo o preconizado nas alíneas E1.2.2., E1.2.3., E1.2.4., E1.2.6. e E3.4.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“encaminha as crianças que necessitam de cuidados de outros profissionais”, “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico”, “identifica situações de risco para a criança e jovem”, “assiste a criança/ jovem em situação de abuso, negligência e maus tratos” e “facilita a comunicação expressiva de emoções”*). Durante a participação na prestação de cuidados na área da Triagem, surgiu novamente a oportunidade de desenvolver competências na área de supervisão de cuidados, desta vez colaborando na formação de uma aluna do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, ajudando-a a mobilizar conhecimentos teóricos e teórico-práticos na prestação de cuidados em enfermagem de pediatria.

Na Sala de Tratamentos, procedeu à preparação para os procedimentos dolorosos de acordo com o estadio de desenvolvimento da criança (recorreu aos conhecimentos estruturados que adquiriu quando elaborou o Manual para o S3S2), dando as explicações necessárias e atendendo a cada situação particular (colocação de soro endovenoso, injeção intramuscular, aerossol, entre outros), incentivando sempre a presença dos pais e sua participação nos cuidados. Dando continuidade ao seu projecto inicial, encorajou a expressão de sentimentos, implementou Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor de acordo com a situação, a criança e seu estágio de desenvolvimento, tendo em conta necessidades especiais e incapacidades da criança/ jovem (recorreu mais frequentemente à distração, imagem guiada, contrato comportamental e técnicas respiratórias) com resultados visivelmente positivos: as crianças/ jovens colaboraram com maior facilidade nos procedimentos e frequentemente manifestaram níveis de dor abaixo de 4 nas escalas de auto-avaliação. Como forma de valorizar estes comportamentos positivos e na tentativa de incentivar a equipa a continuar a utilizar este tipo de Estratégias, nomeadamente o contrato comportamental e o reforço positivo, procedeu-se à elaboração de Diplomas de Bom Comportamento para ambos os sexos (Anexo XX), tendo havido disponibilidade imediata do Enfermeiro Chefe para a sua impressão e imediata implementação. Sempre que foi possível, procurou aplicar EMLA® mas tal nem sempre foi viável pois é frequente que as punções venosas e injeções intramusculares terem prescrição de carácter imediato e o EMLA® tem um tempo mínimo de aplicação de 1h para punções superficiais e 2h para punções profundas. Já com a sucrose tal não acontece,

pelo que foi possível a sua administração em bebés aquando de punções venosas, respeitando as doses mínimas e máximas de acordo com o peso.

Na UICD, começou por esclarecer dúvidas acerca do funcionamento da Unidade e do equipamento (monitor cardio-respiratório ou bomba infusora, por exemplo) junto da criança/ jovem e família de modo a reduzir assim medos e ansiedades; planeou, executou, avaliou e registou os cuidados de enfermagem; organizou/ planeou a transferência da criança/ jovem para a enfermaria (contacto telefónico com o serviço, preparação da criança/ jovem e família para um “novo ambiente” e, posteriormente, acompanhamento à enfermaria, transmitindo aos elementos de enfermagem do serviço de destino toda a informação relevante a cada criança/ jovem de forma a que pudesse estabelecer uma continuidade de cuidados) ou preparou a criança/ jovem e família para a alta, fornecendo informações e ensinamentos específicos relacionados com a situação que causou o internamento na UICD, promovendo o envolvimento dos pais na promoção da saúde e tratamento da doença. Em qualquer dos casos, efectuou registos no sistema informático e de acordo com o preconizado no SUP. Houve ainda a oportunidade de desenvolver a capacidade de colheita da história de dor de forma sistemática, utilizando as directrizes preconizadas no CHLC – Pólo HDE, fundamentadas por literatura.

No âmbito da UPC, as acções realizadas foram muito semelhantes às já desenvolvidas na Sala de Tratamentos e na UICD, sendo que a diferença residiu no facto de aqui as crianças/ jovens serem do foro cirúrgico e não médico. Acrescentou-se o facto de neste sector ser muitas vezes necessário dar apoio técnico ao médico da especialidade. De notar que, no contacto com a criança, deve-se recorrer sempre a uma linguagem simples, adequada ao seu estágio de desenvolvimento, adoptando uma posição ao seu nível, evitando o contacto visual fixo e prolongado e dando-lhe tempo para verbalizar o que sente (medo, ansiedade, preocupação), mostrando disponibilidade e procurando uma abordagem através da brincadeira.

A comunicação assertiva com a família, de modo a compreender a situação de saúde e facilitar o esclarecimento de dúvidas é imperativa em qualquer local mas num SUP, local onde a criança/ jovem e família vivem momentos de grande stress, é imperativa. A assertividade está relacionada com a exposição positiva do que se quer transmitir, optar por expressar mais directamente o que se pensa, o que se deseja, escolhendo um conjunto de atitudes adequadas para cada situação, de acordo com o local e o momento. Permite uma comunicação directa por meio de um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva e expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, defendendo os seus direitos sem negar os dos outros. Assim, a assertividade pode ser entendida como uma forma comportamental de comunicar que significa afirmar o cada um quer, sente e pensa, dando simultaneamente espaço de afirmação ao outro. Um comportamento assertivo caracteriza-se pela existência de um contacto visual suficiente para demonstrar sinceridade, pela utilização de um tom de voz neutro, sendo a expressão corporal coincidente com as palavras e por uma postura segura e aberta. Uma pessoa assertiva procura entender os outros, ouve-os, trata-os com respeito e aceita acordos/ soluções. Por outro lado, procura explicar ou declarar suas intenções, indo directo ao assunto (sem ser áspera) e

insistindo na busca do seu objectivo. O objectivo supremo é uma evolução satisfatória e realista da situação. Dado que a formanda conseguiu seguir esta linha orientadora, demonstrou ter conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família e relacionar-se de forma terapêutica, tendo sempre em atenção o respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Todo o percurso e acompanhamento da actuação da EESIP nas mais diversas situações de gestão de conflitos, de organização e dinâmica do sector, em termos de gestão de recursos humanos de enfermagem e dos próprios cuidados mediante gestão da equipa de acordo com as necessidades de cada sector, promovendo-se a comunicação e o espírito de trabalho em equipa (de enfermagem e multidisciplinar) e a qualidade dos cuidados prestados) contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais, humanas, culturais e de gestão (de cuidados e de equipas). Permitiu ainda reflectir mais criticamente acerca da importância do EESIP no SUP (Anexo XXI). A participação em todas estas actividades/cuidados possibilitou não só a partilha de opiniões e experiências, levando ao desenvolvimento de competências a nível relacional, de observação e espírito crítico como também à possibilidade de a mestranda conhecer uma nova realidade, com uma especificidade própria e um elevado nível de exigência, seja para os profissionais, seja para a própria criança/ jovem e família. De facto, o SUP é um local onde as implicações éticas da prática de enfermagem têm de estar sempre patentes (Anexo XXII).

Para o cumprimento do segundo objectivo de estágio, **“Identificar a necessidade de formação na equipa de enfermagem na área das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Pediatria na Equipa no Serviço de Urgência Pediátrica”**, procedeu-se a um diagnóstico de situação. Este foi feito mediante a iniciativa por parte da mestranda em ter conversa informal com o Grupo da Dor existente no serviço, com a EESIP orientadora de estágio e com o NTCD do CHLC. Neste sentido, concluiu-se que era fundamental um Manual semelhante ao elaborado para o S3S2 mas adaptado ao SUP, seguido de pelo menos uma sessão de formação relativa ao tema. Para além disso, era necessária uma forma de sistematização da História de Dor e uma sistematização da informação acerca da utilização do EMLA[®] e da sucrose (ambas de forma a que não fosse necessário consultar o Manual sempre que existissem dúvidas).

Introduziram-se as alterações necessárias de forma a adaptar o Manual de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria elaborado no estágio realizado no S3S2 (Anexo VIII), sempre mediante contactos com o NTCD, com o Grupo da Dor e com a EESIP tutora de estágio, promovendo partilha de ideias e desenvolvimento de estratégias adequadas. Entre estas modificações conta-se: maior enfoque na importância da colheita da História de Dor, adaptação dos momentos de avaliação da dor ao SUP (de acordo com a nova directriz de Avaliação da Dor da DGS de 14 de Dezembro de 2010) e adequação das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor ao SUP (a Massagem e o *Palming* foram retirados pois seriam de difícil aplicação no SUP, dadas as características do serviço). Como adjuvante, reformulou-se também ligeiramente o Poster de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo

de Dor elaborado anteriormente (Anexo XXIII). No sentido de ir de encontro à necessidade manifestada relativamente à existência de um meio de sistematização da História de Dor e da informação acerca da utilização do EMLA[®] e da Sucrose, elaborou-se um poster relativo a cada um dos temas (Anexos XXIV e XXV), mediante informação cuidadosamente seleccionada, explanando-a de forma atractiva e de fácil consulta. Cada um destes posters foram colocados em pontos estratégicos de forma a que a sua consulta fosse facilitada quer durante a prestação de cuidados quer durante a elaboração de registos de enfermagem (mais propriamente a nível de elaboração da história de dor). De facto, imediatamente após a colocação do poster “História de Dor”, houve enfermeiros que manifestaram que tal tinha vindo ajudar em grande escala a estruturarem não só o seu discurso enquanto colhiam a história de dor junto da criança/ jovem e família como também os registos de enfermagem, contribuindo assim para uma continuidade dos cuidados. Como referido anteriormente, a mestranda exerce funções no BO da mesma instituição e já anteriormente tinha também constatado que os enfermeiros manifestavam dúvidas na utilização do EMLA[®] quando as crianças eram trazidas do SUP para cirurgias de urgência. Após a colocação dos posters alusivos ao tema em pontos estratégicos, pôde verificar mudança também nesta área: os enfermeiros passaram a ter atenção ao período mínimo de acção do EMLA[®] e manifestaram inclusivamente que antes não tinham noção de que este período era tão grande, pelo que compreendiam agora como se utilizava de forma correcta. Paralelamente à realização a estes posters, elaborou-se ainda um dirigido aos pais - “Como ajudar o meu filho a lidar com a Dor?” (Anexo XXVI), procurando promover o seu envolvimento no processo do cuidar, ajudando a criança a lidar com a dor.

As sessões de formação no SUP do CHLC têm lugar sempre após as passagens de turno e está estipulado que deverão ter a duração máxima de 20 minutos. Dado o elevado número de formações já agendadas, só foi possível à mestranda proceder a uma formação. Teve de ser proceder a uma reformulação dos conteúdos de formação dado que o tempo disponível seria mais curto que nas formações anteriores e, além disso, o SUP é um serviço com necessidades mais específicas nesta área (as técnicas têm de ser de utilização imediata e de aplicação fácil). Fruto de uma reunião de emergência no SUP, a sessão teve de começar mais tarde e teve de ter uma duração mais curta, indo para além do horário de trabalho dos enfermeiros, optando estes por assistir à sessão por considerarem ser importante visto que, como referiu um dos enfermeiros, “contribuía para melhorar a qualidade dos cuidados” (sic). Tal implicou que a mestranda tivesse a capacidade de se adaptar à situação e seleccionar a informação mais importante a transmitir, abreviando assim um pouco mais do que o inicialmente previsto. No entanto, fruto de tudo isto, o espaço para discussão e partilha de experiências praticamente desapareceu, o que a mestranda considera um ponto negativo. Na sessão de formação, foram apresentadas não só as técnicas mais passíveis de serem utilizadas no serviço, procurando relacioná-las com a prática diária mas também o Manual e os posters que iriam ficar no SUP. Como poderá ser concluído através do relatório da sessão (Anexo XXVII), o *feedback* e avaliação da sessão foi francamente positivo.

A mestranda considera que os seus objectivos de estágio foram atingidos.

3. CONCLUSÃO

O desenvolvimento de cada criança é fruto de uma influência recíproca entre a criança e o ambiente que a rodeia, o que lhe confere um carácter de dinâmico. Uma das preocupações do EESIP é que este processo decorra de uma forma harmoniosa. Aplica os seus saberes à criança e família para que se promova a saúde, previna a doença e, nas situações em que exista uma alteração do funcionamento familiar, ajude os seus elementos a desenvolver competências para lidar com mesmas. Nesta perspectiva, é imperativo o estabelecimento de uma parceria no cuidar (como refere o Regulamento n.º 123/2011, o EESIP *“trabalha em parceria com a criança e família/ pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível”*). Para que tal seja possível, o enfermeiro deverá investir na relação interpessoal, seja na equipa interdisciplinar seja com o alvo dos seus cuidados. Como refere Hesbeen (2000:99) *“os cuidados de enfermagem são uma arte (...) porque o seu resultado para um beneficiário de cuidados provém sempre de um acto único de criação. (...) Trata-se de inscrever o conjunto das intervenções numa perspectiva que tenha sentido para a pessoa”*.

Ao longo do Estágio planearam-se objectivos, estratégias e actividades que foram desenvolvidas, sustentadas pela evidência científica e pelas necessidades identificadas na prática e mediante a utilização de recursos, permitindo a aquisição/ desenvolvimento das competências de EESIP preconizadas no Regulamento n.º 123/2011.

Inevitavelmente, emergiram mudanças pessoais e profissionais. Encarar a díade criança-família como sendo uma unidade indissociável na prestação de cuidados, em constante mudança para manter o equilíbrio face às mais diversas situações e a capacidade de identificar os factores de risco e vulnerabilidade que possam influenciar o desenvolvimento da criança, desenvolvendo intervenções de protecção e suporte ao seu desenvolvimento, tornando a família parceira no processo de cuidar mediante a aplicação de competências de comunicação, ensino e supervisão dos cuidados e trabalho em equipa foram apenas algumas delas. O conhecimento da realidade de outro tipo de serviços pediátricos que não a sua própria realidade profissional (BO Pediátrico), levaram à pesquisa/ investigação e partilha com outros profissionais, permitindo adquirir novos conhecimentos que possibilitaram melhorar a prestação de cuidados no seu quotidiano.

Como ponto de partida, estiveram as acções/ intervenções desenvolvidas ao longo do estágio, tendo por base uma análise crítica e reflexiva, fundamentada num conhecimento específico pós-graduado na área de EESIP, levando à aquisição de conhecimentos e às competências exigidas para o desenvolvimento das funções de EESIP, contribuindo assim para a melhoria do atendimento ao indivíduo, garantindo que, como refere a OE (2007:8), este seja efectuado *«por profissionais reconhecidos pelo elevado nível de cuidados prestados às*

necessidades de cada pessoa/família». Cabe ainda a este profissional apoiar os enfermeiros no desenvolvimento de um percurso profissional que lhes permita melhorar a sua prestação de cuidados ao binómio criança/ jovem-família. Nesta perspectiva, as experiências adquiridas nas diferentes unidades de saúde permitiram obter uma noção mais concreta de como o EESIP deve gerir a equipa na prestação dos cuidados, assumindo o papel de líder pois deverá ser o elemento mais capaz de tomar decisões céleres e fundamentadas, adequando-se às diferentes situações.

A aplicação de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria permitem ao enfermeiro desenvolver acções autónomas, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem. Para isso, é necessário que se proceda ao registo efectivo e correcto da sua utilização, tendo sempre por base evidência científica. A investigação nesta área tem vindo a ser um investimento noutros países como o Brasil e a Inglaterra e cabe aos EESIP, aplicar conhecimentos e habilidades neste tipo de terapias, como preconizado no MDP pela OE (2009:22) e no Regulamento n.º 123/2011 e formar a sua equipa neste sentido, promovendo simultaneamente a investigação como forma de contribuir para a produção de conhecimento.

Apesar de existir um ambiente de desmotivação entre as equipas de enfermagem, fruto da conjuntura actual da profissão e da política de sub-contratação destes profissionais nos hospitais públicos, resultando numa sobrecarga de trabalho, há-que salientar a receptividade e disponibilidade das daquelas ao tema, factor determinante na prossecução dos objectivos propostos. De facto, encarando a mestranda como elemento impulsionador, os enfermeiros demonstraram interesse e vontade de investir na mudança na sua prestação de cuidados.

Como forma de melhorarem os cuidados prestados e manterem o investimento na área das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, a mestranda sugere:

- que o CHLC divulgue mais a formação que ministra na área de Estratégias Não Farmacológicas de Controlo de Dor, realçando as vantagens/ benefícios e resultados directos e indirectos que daí advém, tanto para os profissionais como para as crianças e famílias;
- que a equipa de enfermagem da UCIN do CHLC participe na formação na área do TAC-TIC que o NTCD do CHLC está preparado para ministrar para que, depois de todos os elementos terem formação adequada e estarem seguros da sua prática, possam fazer formação aos pais 1vez por mês, à semelhança da formação da massagem para o bebé. Poderão, posteriormente, conduzir uma investigação relativamente aos efeitos/ benefícios/ vantagens desta técnica não só no bebé como nos pais e no processo de vinculação;
- que os enfermeiros adquiram um Kit Sem Dói-dói de bolso, onde reúnam objectos que possam utilizar no âmbito das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor. Este kit poderá reunir, por exemplo, uma pequena boa que seja mole (auxilia nas estratégias de relaxamento como a contracção e descontração progressiva dos membros), fantoches de dedo (auxiliam na dramatização, modelagem e distração), uma caixa pequena de lápis (através do desenho pode-se aplicar a distração ou até o contrato comportamental. A criança também expressa os seus sentimentos através do desenho) e apitos tipo “língua da

sogra” (são úteis na descontração pelo controlo respiratório e servem também como recompensa). Este kit poderá ser particularmente útil para os enfermeiros do SUP;

- o CHLC deverá equacionar a adequação do padrão documental do registo CIPE na plataforma SAPE relativamente ao “foco de atenção” Dor, disponibilizando, associado a este, todas as intervenções de enfermagem que permitam o planeamento e registo de todo o tipo de estratégias de alívio da dor.

Vivemos num mundo em constante mudança pelo que é necessário manter uma actualização constante dos conhecimentos. A profissão de enfermagem deverá acompanhar os novos desenvolvimentos e adequar os seus cuidados e princípios à sociedade. Assim, a formação do profissional de enfermagem deverá ser constante e dar resposta às novas necessidades que forem surgindo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Alarcão e Tavares (1987:197)** - *Conceito de Supervisão Clínica*. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisao-clinica> Consultado a 15 Fev 2011 às 03:07:03
- **Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo**. *Brinca e Aprende com o Zé Pintas: Sol... Férias... Cuidados a ter*. Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, 2006. p. 27. ISBN 972-9025-64-9. Disponível em <http://arquivoexpresso.aneiou.pt/PDF/Aprendecomopintas.pdf>
- **Barros, Luísa**. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. p. 220. ISBN 972-796-081-2
- **Barnes, Christopher R**. *Cognitive, Emotional and Enrironmental Mediators of Early Parenting in High Risk Families*. 2008. Disponível em <http://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/33753/1/Barnes%20PhD%20thesis.pdf> Consultado a 4 Dez 2010 (21:01:10)
- **Batalha, Luís**. *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda, 2010. p. 126. ISBN 978-972-757-593-0
- **Benner, Patricia**. *De Iniciado a Perito*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. p. 294. ISBN 972-8535-97-X
- **Bond, Cherry**. *Positive Touch and massage in a neonatal unit: a British approach*. Disponível em <http://www.careperinatologia.it/lavori/L33.pdf> Consultado a 1 Dez 2010 (21:34:51)
- **Branco, Elsa e Lima, Nilza**. *Enfermagem e Multiculturalidade*. XXXVII, n.º 254 (Maio/Junho 2006), pp. 28-32
- **CEFAD - Formação Profissional, Lda**. *Quiromassagem*. 2008-2009. Curso frequentado pela mestranda
- **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E**. *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria*. 2009. Curso de Formação em Serviço
- **Collière, Marie**. *Promover a vida*. 3ª ed. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. p. 386. ISBN 972-95420-0-7
- **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolesc**. *Carta Hospitalar de Pediatia (documento em discussão)*. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/04/cartahospitalarpediatria-rev.pdf> Consultado a 15 Fev 2011 às 15:01:20
- **DECRETO-LEI n.º 437/91**. s.l. : D.R. I Série - A. 257 (91-11-08). pp. 5723-5741
- **Dieter, John N.I. e Emory, Eugene K**. *Supplemental Stimulation of Premature Infants: a Treatment Model*. s.l. : Journal of Pediatric Psychology, 1997. pp. 281-295. Vols. 22, n.º 3,

Disponível em <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/22/3/281.full.pdf> Consultado a 1 Dez 2010 (21:38:23)

- **Direcção Geral de Saúde.** *Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa: s.n., 2003. disponível em www.dgs.pt
- **Saúde, Direcção Geral de.** *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação.* Lisboa: DGS, 2005. p. 47. ISBN 972-675-084-9
- **Direcção Geral de Saúde.** *Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005.* Lisboa: DGS, 2005. p. 97. ISBN 972-675-137-3
- **Direcção Geral de Saúde.** *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa: s.n., 2008. Disponível em www.dgs.pt
- **Eler, Gabrielle Jacklin e Jaques, André Estevam.** *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor.* Disponível em <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>
- **Liégeois, Jean-Pierre.** *Ciganos e Itinerantes.* 1ª ed. Lisboa : Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. p. 229. ISBN 92-871-0790-4
- **Ferreira, Manuela Maria da Conceição e Costa, Maria da Graça Ferreira Aparício da.** *Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/ bebé pré-termo.* Viseu : Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf> Consultado a 1 Fev 2011 (02:02:03)
- **Portugal, Rede Europeia Anti Pobreza e Rede Europeia Anti Pobreza, Portugal.** *As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional.* Porto : Fundación Secretariado Gitano, 2009. p. 94. Disponível em <http://www.gitanos.org/uploado/89/59/PORTUGUES-final-baja.pdf>. ISBN: 978-84-692-5487-5
- **Hayes, Julie Anne.** *TAC-TIC therapy: a non pharmacological stroking intervention for premature infants.* s.l. : Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 1998. pp. 25-27
- **Hesbeen, Walter.** *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar.* Loures : Lusociência, 2000. p. 201. ISBN 972-8383-11-8
- **Hockenberry, Marilyn J., Wilson e Winkelstein.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7ª ed. Rio de Janeiro : Mosby Elsevier Editora, 2001. p. 1303. ISBN 13-978-85-352-1918-0
- **Holzman, Robert S., et al.** *A practical Approach to Pediatric Anesthesia.* Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2008. ISBN 13: 978-0-7817-7943-2
- **Jorge, Ana Maria.** *Família e Hospitalização da Criança - O (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7
- **Liégeois, Jean-Pierre.** *Ciganos e Itinerantes.* 1ª ed. Lisboa : Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. p. 229. ISBN 92-871-0790-4
- **Lopes, Daniel Seabra.** *Deriva Cigana.* 1ª ed. Lisboa : ICS - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2008. p. 410. ISBN 978-972-671-216-9

- **Lopes, José Carlos dos Reis e et-al.** *Multiculturalidade: Perspectivas de Enfermagem - Contributos para melhor cuidar.* Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2009. p. 272. ISBN 978-972-8930-45-5
- **Mckenzie, Ian e Gaukroger, Phillip B.** *Manual of Acute Pain Management in Children.* 1. London : Churchill Livingstone, 1997. p. 224. ISBN 0-443-05321-9
- **Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer.** *Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle da Dor.* Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2001. p. 120. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. ISBN 85-7318-079-X
- **Monteiro, Ana.** Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem.* 2005, Vol. 9, n.º 1, pp. 48-57
- **Ordem dos Enfermeiros.** *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* 1996. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> (13.04.2010; 21:43:20)
- **Ordem dos Enfermeiros.** *Parecer CD-11Jul-2008.* 2008. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CD-11Jul-2008.pdf
Consultado a 19 Jan 2011 (17:08:19)
- **Ordem dos Enfermeiros Portugueses.** *Dor: Guia Orientador de Boa Prática.* Lisboa : s.n., 2008. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- **Ordem dos Enfermeiros.** *Caderno Temático-Modelo de Desenv. Profissional; Sist. de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil Competências Comuns e Específicas do Enf. Especialist.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010
- **Payne, A.** *Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de Saúde.* 2ª ed. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. p. 278. ISBN 972-8383-41-X
- **Pontes, Fátima.** *Enfermagem Transcultural: Um Sub-Campo a Explorar.* n.º 44 Setembro 2002, pp. 59-66
- **Portugal, Rede Europeia Anti Pobreza.** *Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde.* Lisboa : s.n., 2007. Disponível em <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Portugues.pdf>
- **Portugal, Rede Europeia Anti Pobreza e Rede Europeia Anti Pobreza, Portugal.** *As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional.* Porto : Fundación Secretariado Gitano, 2009. p. 94. Disponível em <http://www.gitanos.org/uploado/89/59/PORTUGUES-final-baja.pdf>. ISBN: 978-84-692-5487-5
- **Portugal.** *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.* s.l. : Diário da República, 2ª Série Parte E 35, 18.02.2011. pp. 8648-8653
- **Portugal.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem - Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro.* s.l. : Diário da República, 2ª Série Parte E 35, 18.02.2011. pp. 8653-8655

- **Roberto Shinyashiki.** Disponível em <http://www.frasesfamosas.com.br/ditas-por/medico.html> Consultado a 15 Fev 2011 (08:15:30)
- **Schechter, Neil L. e Berde, Charles B.** *Pain in Infants, children and adolescents.* 2. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p. 486. Vol. 1. ISBN 0-7817-2644-1
- **Silva, Luísa Ferreira da e et-al.** *A comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária.* Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dc924ecdba_1.PDF
- **Welch, Alice Z.** *Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade.* in: Tomey, Ann Marrier, et al. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra.* Loures : Lusociência, 2004. p. 750. ISBN 972-8383-74-6
- **Wong, Donna L., et al.** *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva.* 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p. 910. ISBN 85-277-0506-0~
- <http://www.isisweb.org/view/0/brighton2000tues33.html> Consultado a 6 Dez 2010 (09:15:31).
- <http://www.answers.com/topic/neo-haptic-touch> Consultado a 5 Dez 2010 (22:50:35).
- http://www.istoe.com.br/reportagens/33807_TOCAR+E+FUNDAMENTAL Consultado a 4 Dez 2010 (21:56:41).
- http://www1.unimed.com.br/nacional/bom_dia/saude_destaque.asp?nt=4190 Consultado a 4 Dez 2010 (21:15:58).
- <http://www.thefreelibrary.com/The+power+of+touch-a060355270> Consultado a 3 Dez 2010 (04:25:31).
- <http://www.isppm.de/vienna/Vienna-Symposium%202001.pdf> Consultado a 3 Dez 2010 (03:31:25).
- <http://lib.bioinfo.pl/paper:11455348> Consultado a 4 Dez 2010 (20:47:48).
- *Palming.* Disponível em http://causeof.org/bates_palming.htm#PalmingInstructions
- <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> acedido em 1 de Fevereiro de 2011.
- <http://www.dgs.pt/> acedido em 1 de Fevereiro de 2011.
- <http://scholar.google.pt/scholar?q=distressed+infants%3Aearly+responses+to+gentle+touching+therapy&hl=pt-PT&btnG=Pesquisar&lr=> Consultado a 1 Dez 2010 (21:40:25)

ANEXOS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro
de Saúde
de Alvalade

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular Estágio – Módulo I

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA DE ETNIA CIGANA - IDADE ESCOLAR -

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Maria Leonor de Oliveira Gil

Lisboa, Junho de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro
de Saúde
de Alvalade

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular Estágio – Módulo I

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA DE ETNIA CIGANA - IDADE ESCOLAR -

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora orientadora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Carlota Sousa

Maria Leonor de Oliveira Gil

Professora orientadora: Lília Rosa Alexandre

Enfermeira orientadora: Isabel Melícias

Lisboa, Junho de 2010

*Ao Menino e ao Borracho
mete Deus a mão por baixo*

(Sabedoria popular)

SIGLAS E ABREVIATURAS

CSPCG – Centro Social e Paroquial Campo do Grande

DGS – Direcção Geral de Saúde

Fig. – Figura

ÍNDICE

0 – NOTA INTRODUTÓRIA	6
1 – A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	8
2 – A CRIANÇA DE ETNIA CIGANA.....	14
3 – HIGIENE PESSOAL.....	17
3.1 – BANHO CORPORAL.....	17
3.2 – LAVAGEM DO CABELO	17
3.3 – LAVAGEM DAS MÃOS.....	18
3.4 – CUIDADOS ÀS UNHAS.....	18
3.4.1 – Corte	18
3.4.2 – Limpeza	19
3.4.3 – Unhas dos pés.....	19
3.5 – HIGIENE GENITAL	20
3.5.1 – Feminina	20
3.5.2 – Masculina	20
3.6 – CUIDADOS COM O VESTUÁRIO	21
4 – PEDICULOSE DO COURO CABELUDO.....	22
4.1 – MANIFESTAÇÃO.....	23
4.2 – TRANSMISSÃO.....	23
4.3 – COMO EVITAR A PROPAGAÇÃO	24
4.4 – ELIMINAÇÃO	24
4.5 – PREVENÇÃO DO SEU REAPARECIMENTO.....	25
5 – SAÚDE ORAL	26
5.1 – DESENVOLVIMENTO DOS DENTES	26
5.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	26
5.3 – A HIGIENE DENTÁRIA.....	28
5.3.1 – A Escovagem dos Dentes.....	30
5.3.2 – O Revelador de Placa Bacteriana.....	31
6 – AVALIAÇÃO.....	33
7 – BIBLIOGRAFIA.....	36

ANEXOS

ANEXO I – Listagem das crianças de etnia cigana do bairro das Murtas

ANEXO II – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

ANEXO III – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

ANEXO IV – Póster – Higiene Pessoal

ANEXO V – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

ANEXO VI – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

ANEXO VII – Desenhos das crianças

ANEXO VIII – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

ANEXO IX – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

ANEXO X – Panfleto – Dentição Infantil, Dentição Definitiva

ANEXO XI – Póster – Como escovar bem os dentes (Elgydium)

ANEXO XII – Folheto - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

ANEXO XIII – Desdobrável Elgydium

ANEXO XIV – Desenhos para colorir – Higiene Oral

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Piolho adulto com ovos

FIGURA 2 – Lêndea

FIGURA 3 – Piolho jovem

FIGURA 4 – Piolho adulto

FIGURA 5 – Dentição infantil

FIGURA 6 – Dentição definitiva

FIGURA 7 – Técnica de escovagem dos dentes

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O projecto “Reino da Imaginação”, desenvolvido na área de Intervenção Sócio-Pedagógica do Centro Social e Paroquial do Campo Grande, é dirigido a 23 crianças de etnia cigana residentes no Bairro das Murtas, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos de idade e conta com algumas parcerias, nomeadamente o Centro de Saúde de Alvalade. (Anexo I)

Tendo como uma das missões, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004/ 2010, a promoção de estilos de vida saudáveis, o Centro de Saúde de Alvalade colabora neste projecto através do desenvolvimento de três sessões de educação para a saúde, designadamente a Higiene Pessoal, a Pediculose e a Saúde Oral. Encontrando-nos a estagiar neste Centro de Saúde, prestando assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades, assistindo a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde e prestando cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foi-nos pedida a participação neste projecto através da programação, desenvolvimento e apresentação das sessões lúdico/pedagógicas.

Partimos com os seguintes objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene pessoal;
- Promover hábitos diários de higiene corporal, lavagem do cabelo, lavagem das mãos, higiene genital, cuidados às unhas, e cuidados com o vestuário;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene pessoal;
- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene capilar;
- Alertar para o aparecimento de piolhos;
- Promover medidas de erradicação de piolhos e lêndeas;
- Prevenção de distúrbios provocados pela pediculose;
- Sensibilizar as crianças para a importância da higiene oral;
- Alertar para a ocorrência de problemas relacionados com uma higiene oral precária;
- Motivar as crianças para a escovagem dos dentes pelo menos 2 vezes por dia;
- Prevenção de problemas decorrentes da falta de higiene oral.

A reunião de duas especialidades de enfermagem distintas durante o desenvolvimento deste trabalho constitui para nós uma mais-valia: o público-alvo é um grupo de crianças inseridas na

sua comunidade, com características inerentes ao seu estágio de desenvolvimento que implicam uma adequação das estratégias de ensino/ aprendizagem.

Estas sessões lúdico/ pedagógicas irão realizar-se nos dias 17 de Maio de 2010 – Higiene Pessoal (Anexo II), 24 de Maio de 2010 – Pediculose (Anexo VI), e 7 de Junho de 2010 – Higiene Oral (Anexo IX); pelas 18 horas, horário em que funciona o Reino da Imaginação no Bairro das Murtas. O local é o apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas, prevendo-se uma duração de aproximadamente uma hora por cada sessão.

I – A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

Este período compreende-se entre os 6 e os 12 anos de idade aproximadamente, embora alguns autores considerem que a criança se encontra na puberdade (pré-adolescência) mais ou menos a partir dos 10 anos de idade.

Nesta fase, o crescimento e desenvolvimento físico é mais gradativo do que até aqui, sendo que os progressos físicos e emocionais são mais firmes e uniformes. Há amplas variações na altura e no peso e um acentuado desenvolvimento motor. É nesta fase que se torna extremamente importante a aquisição de bons hábitos alimentares, a utilização de flúor, bem como cuidados dentários adequados (diminuem as cáries e outros problemas dentários) e a prática de exercício físico regular. A destreza muscular fina e as habilidades artísticas tornam-se mais evidentes, observando-se progressos na escrita e no desenho., sendo esta uma fase de intensa produtividade e criatividade pois agora a criança começa a ser capaz de criar poemas, histórias, jogos e dedicar-se a trabalhos manuais mais complexos.

Wong (1989:323) refere que

“dispondo de alicerces firmes de confiança, autonomia e iniciativa, a criança está pronta e ansiosa por enfrentar o mundo mais amplo da aprendizagem e da competição, com desenvolvimento de um senso de industriiosidade. Afasta-se do egocentrismo característico da criança pequena, em direcção ao subperíodo de domínio cognitivo. (...) Este período traz uma importante contribuição para o aprendizado das práticas culturais e para o desenvolvimento de competência e de auto-estima. É uma época de crescimento intelectual, de investimento no trabalho e do primeiro compromisso real com um grupo social alheio ao âmbito familiar e maior que este”.

Agora há uma aquisição de processos mentais que lhe permitem compreender as coisas do ponto de vista das outras pessoas. Entra no estágio que Piaget descreve como operatório concreto, em que a criança desenvolve a capacidade de compreender e utilizar as relações que existem entre as coisas e ideias. Consegue usar símbolos e recorrer às experiências passadas para avaliar e interpretar o presente.

Assim, o raciocínio outrora intuitivo, passa a ser lógico e inferencial, apesar de limitado no aqui e agora. A criança é agora capaz de realizar acções mentais reversíveis, nomeadamente operações lógico-matemáticas – domínio da lógica de classes, de relações e do número – e operações infra-lógicas – domínio das noções de espaço, tempo e velocidade. Wong (1989:327) refere que a criança aprende a dominar o conceito de conservação de número, de

comprimento e de massa, a relacionar os acontecimentos cronologicamente, a combinar relações de tempo e espaço e, talvez a habilidade mais significativa, aprende a ler, o que lhe permite aumentar as possibilidades de exploração e imaginação, aumentando os seus conhecimentos.

Erikson considera que a criança enfrenta agora o dilema da mestria/ diligência vs inferioridade, procurando construir a competência (sentido de si como capaz de dominar diversas competências e completar tarefas, tendo consciência das suas limitações). Agora começa a ser capaz de distinguir entre sentir e exteriorizar determinadas emoções, disfarçá-las, compreender as que são ambivalentes (como ficar alegre e triste ao mesmo tempo) e avaliar as emoções dos outros. Quer aprender novas coisas e o seu senso de independência leva-a a explorar e manipular o ambiente, bem como o relacionamento com os seus pares, aumentando a capacidade de colaborar e competir com os outros. Wong (1989:327) refere que *“fontes intrínsecas de reforço, como notas escolares, recompensas materiais, privilégios especiais e reconhecimento incentivam e estimulam a criança. A aprovação dos pares constitui factor de grande motivação”*.

Até cerca dos 8, 9 anos a criança cumpre as regras por respeito à autoridade ou por medo e a partir dos 9, 10 anos passa a compreender as regras da sociedade, tornando-as também suas. Por outro lado, até aqui o seu auto-conceito baseava-se naquilo que ela percebia como sendo a avaliação que os seus pais faziam dela mas agora as avaliações dos outros e dos próprios pares passam também a ser tidas em conta. É com o grupo de pares que a criança explora ideias e o ambiente que a rodeia. Wong (1989:328) refere que *“possuem uma cultura própria com segredos, costumes e códigos de ética, com a qual elas promovem sentimentos de solidariedade de grupo e desligamento dos adultos. Através do relacionamento com seus pares, a criança aprende a lidar com a dominância e hostilidade bem como a se relacionar com pessoas que ocupam posições de liderança e de autoridade”*. Por outro lado, a maior parte dos conceitos relativamente ao papel adequado ao seu sexo é adquirida através da convivência neste grupo. Enquanto que nos primeiros anos desta fase não há grande diferenciação entre rapazes e raparigas, nos últimos as diferenças começam a tornar-se evidentes, podendo mesmo a haver uma intolerância entre crianças de sexos diferentes.

O facto de interagir num grupo de pares confere à criança uma capacidade de compreender os pontos de vista dos outros e assim desenvolver capacidades de *“argumentar, persuadir, negociar, cooperar e fazer concessões, com o objectivo de manter as suas amizades”* (Wong, 1989:329). Por outro lado, também fica mais influenciável pelas regras e pressões sociais deste grupo que estabelece *“padrões de aceitação e rejeição, (...) a que a criança se dispõe a modificar o seu comportamento a fim de ser aceite no grupo”* (Wong, 1989:329). Mas apesar de o grupo de pares

exercer grande influência e ser muito importante para o seu desenvolvimento, os pais são ainda a principal figura na formação da sua personalidade pois são eles que estabelecem padrões de conduta e determinam o sistema de valores. Por isso, Wong (1989:330) refere que *“quando os valores paternos e os dos pares entram em conflito, quase sempre prevalecem os valores da família”*.

É na escola, grande promotora de socialização, que se procura transmitir os valores sociais à criança. É aqui que a criança tem de se ajustar a um novo conjunto de contactos interpessoais e novas figuras de autoridade e se vê separada dos pais e irmãos durante grande parte do seu dia, enfrentando assim uma ruptura brusca naquilo que reconhecia como sendo o seu mundo. Wong salienta que *“ a capacidade [da criança] para ajustar-se mantém uma relação directa com a maturidade física e emocional da criança e com a prontidão materna para aceitar a separação associada ao ingresso na escola”*.

É também nesta fase que a amizade assume um especial papel, passando por várias fases à medida que o pensamento da criança vai evoluindo. Começa por uma interacção física, em que não há diferenciação das perspectivas de cada um (há uma proximidade física e os atributos físicos e materiais tendem a ser iguais entre as crianças), passando depois a uma amizade como assistência unilateral, em que procuram a satisfação das necessidades e desejos do sujeito, começando a haver uma diferenciação de perspectivas em que a própria amizade prevalece, havendo normalmente uma ausência de reciprocidade. Depois, a amizade passa a ser vista como uma cooperação bilateral em que há uma troca e partilha de favores, com perspectivas interpessoais recíprocas e uma certa impossibilidade de conflito, seguindo-se a visão da amizade como uma relação íntima e mútua, com partilha de experiências, sentimentos e valores comuns, tendo como elemento principal a confiança e bem patentes fortes sentimentos de exclusão e de ciúme. Finalmente, a amizade passa a ser um sistema complexo de interacção entre autonomia e intimidade, em que há um respeito pelas necessidades de dependência e autonomia de cada um e em que há uma integração do conflito e da possibilidade de término da relação sem ressentimento. Começam também a perceber agora a necessidade de regras e, enquanto que antes adoptavam regras que iam evoluindo no decorrer de jogos por elas inventados ou de brincadeiras que faziam na companhia de amigos ou adultos, passam a adoptar jogos com regras fixas e invariáveis, normalmente inventadas pelo grupo de pares com que se identificam. É agora que os “clubes” e “associações secretas” emergem e os jogos de equipa marcam presença, permitindo à criança não só

“ subordinar as suas metas pessoais às metas do grupo, bem como ter a noção de que a divisão de trabalho constitui uma estratégia efectiva para atingir determinada finalidade, (...) aprendendo acerca da natureza da competição e (...) estimulando o desenvolvimento cognitivo, à medida que (...) lhe é solicitada a aprendizagem de

regras complexas, a basear o seu julgamento nestas regras, a idealizar estratégias e a avaliar os pontos fortes e fracos tanto dos membros da própria equipa como da equipa adversária” (Wong, 1989:332).

Nesta fase, a criança precisa de se exercitar, libertar tensões e hostilidade. Por isso, é importante ter *“oportunidades para utilizar os seus músculos em brincadeiras exuberantes ao ar livre, assim como de liberdade para manifestar a autonomia e iniciativa recém descobertas” (Wong, 1989:332).*

A continuação da promoção da saúde é de extrema importância. A vacinação continua a ser a melhor forma de prevenir grande parte das doenças transmissíveis outrora com elevado grau de morbidade. As próprias defesas naturais do organismo são influenciadas por outros factores como o sono e repouso, nutrição e exercício físico. De facto, a DGS refere no Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005:7) que a opção por comportamentos saudáveis deve ser estimulada, nomeadamente nas áreas da *“nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas; a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos (...); e a (...) adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes”*. Por outro lado, o mesmo Programa (2005:8) refere ainda que se deve *“promover a auto-estima da criança e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido”*. Relativamente ao sono e repouso, as necessidades variam de criança para criança de acordo com o seu grau de actividade, estado de saúde, etc. Geralmente, nesta fase a criança não precisa de dormir durante o dia mas por volta dos 6 anos deverá dormir 11 a 12 horas por noite e aos 11, 12 anos uma média de 9 a 10 horas (Wong, 1989:333). Quanto mais tarde a criança se deitar, mais cansada se sentirá no dia seguinte, o que pode afectar não só a sua saúde como a sua forma de estar. Quanto à alimentação, é agora que se criam reservas para atender às necessidades de crescimento inerentes à adolescência, pelo que se reveste de extrema importância salientar à criança e seus pais a importância de uma dieta equilibrada, procurando educá-los no sentido de tentar reduzir ao máximo alimentos ricos em açúcar, amido e gorduras. A prática de exercício físico favorece o desenvolvimento musculo-esquelético, a aquisição de maior equilíbrio e coordenação e, como refere Wong (1989:333), *“o aumento da força e da resistência, bem como o estímulo das funções vitais e dos processos metabólicos”*. A prevenção de acidentes é uma área de especial atenção. Agora que a criança sente que tem novas habilidades, vai querer testá-las, muitas vezes até ao limite e de uma forma pouco apropriada. Deve-se educar criança e pais no sentido de não descuidarem as regras básicas de segurança de circulação na via pública, promovendo também a utilização de equipamentos de protecção adequados aquando da utilização de determinados *“meios de locomoção”*, nomeadamente a bicicleta, skates, patins, etc. Outros acidentes comuns, segundo a DGS em 2005, são as quedas, as fracturas e outras lesões. Relativamente à

saúde oral, é agora que ocorre a erupção da dentição dita definitiva, pelo que uma boa higiene dentária e observação periódica para pesquisa ou tratamento de cáries é fundamental.

Falar na puberdade é extremamente importante já que se insere no contexto do final da idade escolar e tem algumas características que a distinguem do início da idade escolar. É a fase do desenvolvimento após a infância onde grandes transformações físicas, hormonais e psicológicas acontecem. É a época da maturação sexual que vai afectar directamente o desenvolvimento do pré-adolescente.

Neste estadio, as interrogações são inúmeras; como é viver com um corpo que muda hora a hora, um corpo que se desconhece ou que se parece desconhecer, que atrai e repugna ao mesmo tempo, todas as alterações individuais e contextuais em que se insere o desenvolvimento do pré-adolescente, trazem implicações para a intervenção dos profissionais de saúde, quer na prevenção de riscos, quer na promoção de estilos de vida saudáveis.

O trabalho a ser feito com os pré-adolescentes no sentido da promoção da saúde é vasto e deve ter carácter antecipatório pois cada vez mais as gerações futuras são precoces em termos de aquisições. O enfermeiro especialista quer em saúde comunitária quer em saúde infantil e pediatria tem de possuir a capacidade de os induzir a comportamentos adequados de modo a desenvolverem autonomia para o exercício pleno de cidadania.

A promoção de saúde nesta faixa etária consiste primordialmente no ensino e orientação para que se possam evitar comportamentos prejudiciais à saúde, de modo a viverem os anos seguintes incorporando estilos de vida saudáveis que perdurarão por toda a vida.

A educação para a saúde deve incorporar uma abordagem multidimensional, apropriada ao desenvolvimento individual. Por isso é imperativo que os programas de actuação sejam eficazes e abrangentes a toda a comunidade multicultural. Assim, o enfermeiro deve-se munir de conhecimentos, formação e experiência que lhe permitam compreender e respeitar os outros numa sociedade multicultural, procurando reprimir-se de fazer juízos de valor.

Ao interagir com o pré-adolescente ou outro grupo, o enfermeiro deve assim expressar-se de forma a ser percebido e a fazer aceitar o que quer transmitir. Para tal, deverá fazer uso de uma abordagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e circunstâncias e adaptável às reacções. O cuidado de enfermagem deve estar atento às actuais necessidades de saúde das crianças/jovens, famílias e comunidades em ambientes complexos em constante mudança e interacção. Madeleine Leininger comprovou nos seus estudos de antropologia cultural, que a prática dos cuidados entre os seres humanos é um fenómeno universal mas que as expressões, processos e modelos de cuidados podem variar de uma cultura para outra. A interacção entre o

ambiente e os cuidados promovem a aprendizagem a capacidade para gerir os recursos de que dispõem com o objectivo de atingir a autonomia o mais cedo possível.

HESBEEN (1997:2), salienta que “não nos podemos contentar com actos realizados com cuidado ou com atenção... Isso não basta, pois o ser humano não se limita a um corpo-objecto. É o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, que exige atenção”. Por isso, o conteúdo da profissão de enfermagem é, numa perspectiva de cuidados, portador de sentido e de auxílio para com o cliente e/ ou pessoa significativa, deixando em aberto a possibilidade/ necessidade de cuidar/ prestar cuidados tendo em conta a sua cultura.

Assim, o que distingue o conceito de prestação de cuidados do conceito de é o conteúdo das acções, especialmente quando o profissional de enfermagem teve em conta os seus próprios hábitos, valores e crenças (HESBEEN, 1997) e os dos alvos dos seus cuidados.

2 - A CRIANÇA DE ETNIA CIGANA

A educação das crianças de etnia cigana é de total responsabilidade da família nuclear. Por um lado, uma das características desta família é o amor que sustentam pelos filhos que são extremamente mimados, nada lhes falta dentro das possibilidades dos pais. Por outro lado, as crianças nutrem um profundo respeito e grande amor pelos pais, acatando as suas ordens.

A presença de crianças de etnia cigana em contextos de educação formal é um fenómeno recente que ocorre cada vez mais na sociedade portuguesa. Tal situação coloca as crianças perante a incontornável necessidade de se confrontarem e de se relacionarem com outras crianças ciganas e não ciganas que transportam consigo um conjunto de representações do que significa ser criança cigana e não cigana. Estas crianças frequentam irregularmente a escola devido à herança cultural familiar, onde até hoje impera a não adesão aos programas escolares, o analfabetismo dos pais e avós, existindo relutância em mandar os filhos à escola, com receio de que estes adquiram hábitos e costumes que levem à perda da herança cultural cigana. Liégeois (1989:159) refere, relativamente ao sentimento dos pais para que os seus filhos frequentem a escola:

“Eles temem perdê-los, e a entrada na escola supõe a passagem de uma barreira de apreensões e uma modificação na natureza conflituosa das relações sociais mantidas até agora, modificações essas que não se produzem num ano, nem por obra e graça de um texto ministerial – é preciso tempo para isso e uma vontade mútua que sobreviva às desilusões.

Para os ciganos é mais importante desenvolver habilidades específicas do que obter conhecimentos abstractos. A criança está habituada a manipular realidades concretas e simbólicas que não correspondem às da escola, não estando preparada para ter sucesso numa escola que não se adapta a ela e que valoriza registos diferentes dos seus.

Ainda segundo Liégeois (1989:153), *“A não escolaridade articula-se essencialmente em volta de três elementos: a escola não é pertinente nem útil, pelos seus valores e programas, aos olhos dos ciganos e itinerantes; não está, no seu modo de funcionamento, adaptada a essas crianças, e permanece hostil e destruidora.”*

Tradicionalmente, o nomadismo foi a principal razão que levou os ciganos a não aproveitar as ofertas da escola. A não assiduidade poderá também ser atribuída ao facto de os pais não aceitarem facilmente separar-se dos filhos para os entregar a um outro educador. Por outro

lado, a sua itinerância leva a uma falta de contacto social, tornando-os numa minoria desadaptada e em condições desfavoráveis perante os outros alunos. A resistência dos pais pode dever-se a um certo orgulho étnico – eles conseguiram sobreviver sem saber ler nem escrever e foram bem sucedidos.

A falta de compreensão e de intercâmbio de culturas resultam do receio do cigano em ser aculturado; o seu apego à tradição constitui a maior defesa contra as culturas dos diferentes países. Devido ao estilo de vida cigano, as crianças surgem na escola sem o mínimo de conhecimentos gerais e normas de comportamento social, o que dificulta a aceitação dos educadores e dos próprios colegas.

Numa concepção intercultural das escolas, as características das crianças devem servir de base às opções pedagógicas e não um obstáculo, como acontece quando são desvalorizadas. Sendo assim, aceitar a criança de etnia cigana na escola significa ter em conta o que se passa fora do meio escolar, isto é, nos diferentes domínios em que a criança vive (económicos, educativos, habitacionais, entre outros). Diz-nos Liègeois (1989:152) que *“Os professores, no seu conjunto, não têm formação e informação que lhes permitam adaptar a sua atitude e a sua pedagogia; e as imagens às quais se referem, certamente matizadas por uma formação geral de ordem psicopedagógica, influenciam directamente a maneira de se comportarem”*. Uma escola intercultural deve mostrar-se flexível na sua estrutura e funcionamento de forma a permitir que culturas diferentes se expressem de formas diferentes.

A interculturalidade não pode visar uma hibridação intelectual dos alunos através da manipulação pedagógica mas antes o seu enriquecimento e a compreensão mútua por meio de aprendizagens baseadas nos antecedentes culturais de cada um deles, pelo que não necessitamos de falar de pedagogia intercultural para valorizar tudo o que vai no sentido da aceitação do outro. O papel da escola é esse: participar na valorização e na compreensão das diferenças e transformar os antagonismos em diferenças mais bem compreendidas. Para Liègeois (1989:156),

“Não compete assim ao professor ensinar os valores ciganos – ele não terá nem vocação nem capacidade –, mas uma informação de qualidade, um conhecimento e uma compreensão da cultura das crianças ensinar-lhes-á a referi-los, a valorizá-los, e a fazer uma utilização pedagógica desta valorização, quer os seus alunos sejam todos ciganos ou itinerantes, quer a classe seja formada por vários conjuntos culturais”.

As grandes transformações económicas, políticas e sociais das últimas décadas, designadamente as que se relacionam com os grupos sociais e culturais considerados "desfavorecidos", "minoritários" ou "marginais", obrigaram os ciganos a desenvolver novos meios de adaptação. Esta nova realidade obriga as diferentes comunidades ciganas a novas e constantes adaptações

no caso de pretenderem manter uma relativa independência económica e cultural. Segundo Liégeois (1989:160):

“Para obter uma autorização de trabalho, quer se trate de artesanato, de espectáculos de feira, ou de comércio, é preciso agora, num número cada vez maior de países, ter alcançado um certo nível escolar, pois mesmo os ofícios tradicionais devem adaptar-se aos tempos modernos, pela gestão escrita do seu exercício.”

Para conseguir estes objectivos, muitas comunidades ciganas começam a procurar a escola porque apenas a escolarização lhes permite "tirar a carta" ou garantir o “rendimento social de inserção”.

Nos últimos anos, este fenómeno adquiriu contornos compulsivos inéditos, obrigando os beneficiários que não tenham completado qualquer grau de ensino a inscrever-se nas escolas e a darem provas de assiduidade e bom aproveitamento, sob pena de perderem o direito à prestação. De forma que, como seria de prever, os resultados até agora obtidos são consideravelmente escassos, deixando a ideia de que persiste, no seio das comunidades ciganas, uma grande indiferença misturada com desconhecimento e algum receio, em relação à escolarização. A grande mudança em relação ao passado é que temos hoje quase todas as crianças ciganas inscritas nas escolas. Mas, como refere Lopes (2008:336): *“o seu aproveitamento é globalmente fraco e o absentismo elevado.”*

A resistência cultural cigana também aqui se manifesta.

3 - HIGIENE PESSOAL

A higiene pessoal é muito importante e deve ser ensinada às crianças o mais cedo possível. É uma responsabilidade dos pais e só mais ou menos aos 6 anos é que a criança começa a cuidar autonomamente da sua própria higiene pessoal mas para que desenvolva bons hábitos de higiene é necessário que receba boas informações e bons exemplos.

Os hábitos de higiene diários incluem não só o banho corporal, vestuário e calçado, mas também o tipo de alimentação, a postura no dia-a-dia, as horas de sono diárias e a prática de exercício físico.

3.1 – BANHO CORPORAL

A pele tem milhões de glândulas especiais que produzem suor e outras que produzem uma substância parecida com o sebo. A falta de banho provoca a acumulação progressiva dessas substâncias, que se somam a outras que existem no meio ambiente como por exemplo o fumo, poeira, terra, areia, entre outros. A consequência de um banho mal tomado é o aparecimento de vermelhidão na pele, além do odor desagradável, o risco de aparecimento de piolhos e sarna, micoses, seborreia, infecções urinárias e corrimento vaginal nas meninas.

O banho é muito importante e é indispensável à saúde do corpo. O banho de duche é o mais económico, o mais prático e o mais higiénico. Depois do banho devemos certificar-nos que estamos bem limpos e secos, especialmente nos espaços interdigitais, virilhas e outras pregas cutâneas.

3.2 – LAVAGEM DO CABELO

O cabelo deve estar sempre lavado (duas vezes por semana no mínimo) e penteado, devendo ser cortado regularmente.

Nos cabelos acumulam-se poeiras e gorduras que precisam de ser eliminadas. É sempre agradável observarmos cabelos limpos, brilhantes, cheirosos e bem cortados.

Os cabelos muito compridos e sujos facilitam o aparecimento e a multiplicação de piolhos. Deve verificar-se de vez em quando se existem piolhos ou lêndeas na cabeça.

3.3 – LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos têm de estar sempre limpas.

Nunca devemos comer ou mexer em alimentos sem antes termos lavado as mãos.

Também devemos lavar sempre as mãos depois de usarmos a casa de banho.

3.4 – CUIDADOS ÀS UNHAS

Cortar as unhas e mantê-las sempre limpas são medidas importantes para prevenir certas doenças. Quando a pessoa coloca a mão na boca, a sujidade armazenada debaixo das unhas pode dar origem a doenças intestinais. Além disso, devemos valorizar os aspectos estéticos relacionados à beleza das unhas.

Também é muito bom procurar eliminar o hábito de roer unhas.

3.4.1 – Corte

Como as unhas crescem de maneira contínua a diferente velocidade (em média cerca de 3 a 4 mm por mês) devemos cortá-las com alguma regularidade, a menos que se efectuem actividades que impliquem um desgaste equivalente. Caso não se corte regularmente as unhas, a sua extremidade livre vai progressivamente ultrapassando a ponta dos dedos, tendo igualmente tendência para engrossar de forma irregular ao ponto de dificultar gestos e proporcionar o aparecimento de uma ruptura brusca em qualquer zona. Como é óbvio, o comprimento das unhas depende igualmente do gosto pessoal, pois não se deve subestimar o seu papel de adorno já que existem pessoas que têm as unhas compridas por questões de estética.

As unhas devem ser cortadas com um instrumento afiado - tesoura ou corta-unhas - que permita aplicar uma pressão idêntica nas duas superfícies. O corte deve ser sempre o mais direito e simples possível. Como complemento, deve-se limar suavemente a extremidade livre de dentro para fora, de modo a eliminar pequenas irregularidades. Embora algumas pessoas prefiram cortar as unhas depois do banho (quando estão mais moles) é preferível aguardar um bocado até que fiquem secas para serem devidamente limadas.

3.4.2 – Limpeza

Ter as unhas sujas, para além de constituir um sinal de desleixo também pode ser perigoso; pois os microorganismos que se acumulam por baixo da extremidade livre e nas ranhuras laterais encontram as condições ideais para a sua multiplicação, o que pode provocar uma infecção. Por isso, a limpeza das unhas deve ser realizada periodicamente, como parte da higiene corporal quotidiana.

De qualquer forma, deve-se igualmente ter em conta que uma limpeza inadequada, demasiado insistente ou com elementos não apropriados também pode ser contraproducente. Por exemplo, caso se pretenda eliminar a sujidade acumulada na extremidade livre e no dedo através da utilização de um instrumento pontiagudo ou com filamentos pode-se proporcionar o aparecimento de pequenas feridas na pele ou desunir a unha do seu leito e eliminar uma barreira natural protectora, o que favorece o desenvolvimento de infecções.

A melhor maneira de limpar quotidianamente as unhas consiste na sua escovagem através da utilização de uma pequena escova especificamente elaborada para esse fim, embebida em água com sabão e passando-a pela ponta dos dedos, pela parte de trás das unhas e pelas ranhuras laterais. Por fim, deve-se evitar a utilização de escovas com cerdas duras, já que podem raspar demasiado a pele e provocar lesões.

3.4.3 – Unhas dos pés

As unhas dos pés, apesar de não acumularem tanta sujidade como as das mãos, necessitam ainda assim das mesmas atenções, a menos que se tenha o hábito de andar descalço e de serem facilmente limpas com um banho regular. O principal cuidado com as unhas dos pés corresponde ao seu corte, em condições normais, uma vez por semana ou de quinze em quinze dias. Como as unhas dos pés costumam ser muito duras, sobretudo a do primeiro dedo, há quem opte por cortá-las após o banho e quem prefira amolecê-las, mantendo-as previamente num recipiente com água morna.

Em relação à sua medida ideal, considera-se que as unhas dos pés não devem ser nem demasiado longas nem demasiado curtas, devendo estar aproximadamente na linha dos dedos. Mais importante que o seu comprimento é a forma consequente do seu corte, já que é fundamental que a extremidade livre fique direita e não em semicírculo, ou seja, sem curvatura para os lados. Assim, o crescimento da unha provocaria a sua penetração nas extremidades ungueais e o aparecimento de um problema muito incómodo como a unha encravada cujo principal factor de predisposição corresponde precisamente a um corte inadequado. Esta

precaução adquire uma maior relevância quando se trata do primeiro dedo, que é o mais susceptível de ser afectado por este problema.

3.5 – HIGIENE GENITAL

3.5.1 - Feminina

Devemos saber que a zona genital feminina deve ser tratada com produtos naturais e nunca devemos deixar de limpar e tratar a zona genital. Eis algumas recomendações:

- Usar sempre sabonetes neutros;
- Manter os pelos púbicos curtos (+/ - 1,5 cm) para facilitar a higienização; a depilação total desta zona é desaconselhada pois os pêlos púbicos ajudam a proteger a flora comensal;
- Após a micção, limpar a vulva encostando o papel higiénico, sem fazer movimentos bruscos para evitar que o papel se rasgue e deixe pequenos pedaços; nunca se deve passar o papel higiénico de trás para a frente pois poderá contaminar a vagina com bactérias que habitam normalmente a região perianal;
- No banho, procurar afastar os lábios vaginais para limpar os restos de líquidos que restam em redor da vagina;
- Não é necessário lavar dentro da vagina;
- Evitar o uso habitual de pensos higiénicos fora do período menstrual;
- Durante a menstruação trocar o penso ou tampão com frequência;
- De preferência usar roupas íntimas de tecido natural como o algodão. As cuecas de fibras sintéticas aumentam a temperatura e irritam as mucosas;
- Evitar usar roupas apertadas no dia-a-dia. Dormir com roupas soltas e dispensar as cuecas sempre que possível.

3.5.2 - Masculina

A higiene íntima do homem também deve ser diária. Deve sempre limpar e/ou lavar a zona do orifício da uretra porque normalmente contem restos de urina.

Há homens em que a produção e acumulação de materiais viscosos (o popular sebo do pénis) é mais exuberante. Nestes casos, a higiene deve ser feita com a frequência adequada a cada indivíduo, tantas vezes quantas forem necessárias para manter o pénis limpo.

Os pelos púbicos do escroto, zona perianal e das virilhas possuem uma função pouco conhecida e relegada para segundo plano: reduzir o atrito entre duas superfícies de pele que se tocam. Portanto, não se deve cortar esses pêlos sob pena de ocorrerem reacções locais tais como infecções, irritações e escoriações da pele. Os que preferirem cortá-los, devem evitar o uso de lâminas fazendo apenas o corte dos pêlos com tesoura, deixando-os no mínimo com 1,5 cm de comprimento.

3.6 – CUIDADOS COM O VESTUÁRIO

A roupa e o calçado devem estar sempre limpos e serem adequados ao tempo que faz: frescos no verão, quentes no inverno, e impermeáveis nos dias de chuva. Devem ser cómodos e folgados.

O vestuário é importante para manter a temperatura corporal. Devemos vestir sempre roupa de algodão pois não retém o suor, evitando o aparecimento de mau cheiro. Não devemos também esquecer de mudar diariamente a roupa interior.

Devemos evitar roupas justas e de fibras sintéticas. Dar preferência a roupas confeccionadas em algodão, principalmente as meias e roupas íntimas.

4 – PEDICULOSE DO COURO CABELUDO

A pediculose é uma infestação do couro cabeludo provocada pelo *pediculus humanus capitis*, vulgo “piolhos”, e afecta particularmente as crianças em idade escolar.

Os piolhos são insectos muito pequenos e sem asas. Como todos os insectos, têm seis patas que usam para se agarrar aos cabelos. Vivem apenas no cabelo humano. Preferencialmente escolhem sítios quentes como o pescoço ou a zona atrás das orelhas. São transparentes, o que os torna difíceis de detectar no cabelo. Um piolho adulto tem entre 3 a 4 mm, mais ou menos o tamanho aproximado de uma semente de sésamo. As fêmeas são maiores. Quando se alimentam, os piolhos tornam-se castanho-avermelhados.

Alimentam-se de sangue humano três a quatro vezes por dia. Mordem o couro cabeludo e injectam saliva, o que causa irritação e comichão. Longe do cabelo humano, onde encontram uma fonte de sangue, não sobrevivem mais do que 2 ou 3 dias.

Reproduzem-se muito rapidamente. Os piolhos fêmea põem até 10 ovos por dia. Os ovos, denominados vulgarmente por lêndeas e se parecem com caspa, ficam presos perto do couro cabeludo na raiz do cabelo e são muito difíceis de retirar; ou seja, as lêndeas são os ovos que ainda não eclodiram ou cápsulas vazias de piolhos recém nascidos.

Os piolhos saem do ovo ou lêndea ao fim de 8 a 10 dias. Após 10 a 12 dias, os piolhos recém nascidos tornam-se adultos e estão prontos para pôr mais ovos. Vivem durante 2 a 3 meses. Nesse período de tempo, os piolhos fêmea põem entre 200 a 300 ovos.



Fig. 1 – Piolho adulto com ovos



Fig 2 - Lêndea



Fig. 3 – Piolho jovem



Fig. 4 – Piolho adulto

Ciclo de vida do piolho

(in: <http://www.google.pt/images?q=piolho&um=1&hl=pt-PT&tbs=isch:1&sa=N&start=120&ndsp=20>)

4.1 – MANIFESTAÇÃO

A principal manifestação da pediculose é o prurido provocado pelas picadas dos piolhos, normalmente tão intenso que incita ao coçar. Todavia, para além de não aliviar o prurido, o acto de coçar acaba por agravá-la e normalmente danifica a pele, favorecendo o desenvolvimento de infecções cutâneas.

Embora seja quase sempre possível detectar a olho nu a presença dos piolhos e até das lêndeas, convém estar num local com uma forte fonte de luz e observar com atenção a zona afectada. Os piolhos adultos são mais fáceis de detectar devido ao facto de formarem uma espécie de crosta de cor acastanhada junto ao cabelo. Para além disso, quando são tocados ou picados costumam mover-se. Os piolhos adultos também costumam ser encontrados com frequência nas roupas infestadas como os chapéus, toalhas, lençóis ou roupa interior. As lêndeas são estruturas ovais e esbranquiçadas firmemente agarradas às raízes dos cabelos e completamente imóveis.

Nalguns casos, as picadas e o consequente acto de coçar originam lesões mais ou menos características que também podem ser facilmente observadas. São pequenas erosões na pele localizadas no couro cabeludo e atrás das orelhas.

4.2 – TRANSMISSÃO

- O problema surge na maioria dos casos de forma epidémica nos estabelecimentos onde convivem inúmeras pessoas como por exemplo nas escolas.
- Um piolho não salta, não morre na cama e pode visitar várias cabeças num só dia. No caso de serem encontrados piolhos deve-se comunicar aos pais, à educadora ou auxiliar da sala para serem tomadas as devidas precauções.
- Os piolhos podem ser transmitidos a qualquer criança e o facto não está relacionado com falta de higiene, pois eles até preferem as cabeças limpas.
- Normalmente a transmissão é feita através do contacto directo ou mediante a utilização de utensílios pessoais infestados como peças de roupa, chapéus, ou pentes.

4.3 – COMO EVITAR A PROPAGAÇÃO

- Aconselhar as crianças a não partilhar objectos tais como pentes, escovas, ganchos, chapéus e peluches, pois os piolhos podem viver por mais de 2 dias em objectos;
- Utilizar touca de banho nas piscinas pois os piolhos são resistentes à água;
- Quem tem o cabelo comprido deverá usá-lo apanhado;
- Inspeccionar a cabeça das crianças com alguma regularidade. Estar atento sobretudo às zonas mais húmidas e quentes, tais como a nuca e atrás das orelhas.
- Caso não seja encontrado nenhum piolho após a inspecção, não é necessário fazer qualquer tratamento preventivo.

4.4 – ELIMINAÇÃO

- Aplicar um produto antiparasitário apropriado. Os produtos à base de permetrina são os mais recomendados para o tratamento da pediculose. As apresentações de produtos em espuma permitem a aplicação da permetrina no cabelo seco, permitindo a distribuição do produto em maior quantidade nas zonas críticas como a nuca e atrás das orelhas;
- Com o cabelo seco, os piolhos também ficam mais vulneráveis ao tratamento. Com o cabelo molhado têm tendência a fechar as vias respiratórias até meia hora pelo que o tratamento poderá ser menos eficaz;
- Seguir as indicações contidas no folheto do antiparasitário. Em caso de dúvida consultar o enfermeiro ou médico;
- É recomendada a aplicação do antiparasitário nos restantes membros da família;
- Após a aplicação do produto antiparasitário, é aconselhável a utilização de um champô específico de pós-tratamento por um período de 8 dias;
- Para garantir uma melhor eficácia, o antiparasitário deve ser reaplicado 8 dias após a primeira aplicação;
- Lavar com água a 60° as escovas, pentes, e todas as peças que estejam em contacto com a cabeça tais como: chapéus, bonés, roupa de cama, toalhas de banho, entre outros;
- Aspirar cuidadosamente a casa e o carro, em seguida deitar fora o saco do aspirador;
- Avisar na escola para que os pais de todas as crianças tenham os mesmos cuidados.

4.5 – PREVENÇÃO DO SEU REAPARECIMENTO

As pragas de piolhos podem ser recorrentes, por isso devemos:

- Durante o período escolar, inspeccionar a cabeça das crianças semanalmente: direccionar uma luz para o couro cabeludo e pentear o cabelo com o pente próprio para as lêndeas;
- Manter o cabelo das crianças curto ou apanhado;
- Desinfectar frequentemente os objectos pessoais das crianças com água bem quente;
- Lavar os lençóis da cama e toalhas de banho frequentemente e a temperaturas elevadas;
- Evitar a partilha de objectos pessoais como chapéus, gorros, cachecóis, escovas e pentes, e ensinar as crianças a fazer o mesmo.

5 – SAÚDE ORAL

5.1 - DESENVOLVIMENTO DOS DENTES

A erupção dos primeiros dentes definitivos ocorre na idade escolar. PAPALIA (399:2001), citando Berhrman (1992), refere que os primeiros dentes começam a cair por volta dos seis anos, sendo substituídos por dentes definitivos a uma cadência média de quatro dentes por ano ao longo dos cinco anos seguintes. Os primeiros molares nascem por volta dos seis anos, os segundos por volta dos treze e os terceiros (vulgo dentes do siso) por volta dos vinte (fig. 1 e 2).



Fig. 5 - Dentição infantil



Fig. 6 - Dentição definitiva

(in Desdobrável Elgydium)

5.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO

Segundo a DGS (2005), a cárie dentária constitui “*um dos principais problemas da população infantil e juvenil [mas] se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças peridontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes*”, pelo que a promoção da saúde oral constitui um importante papel e deve começar já na grávida.

A cárie dentária é provocada por bactérias que se colam aos dentes, dando origem à placa bacteriana que se alimenta do açúcar que ingerimos e que produz ácidos que vão

destruindo os dentes de forma lenta e manifesta-se através de lesões cavitadas ou não (com ou sem perda visível de tecido dentário) que afectam os tecidos mineralizados do dente. Está relacionada com a destruição da camada externa dos dentes que é designada por esmalte dentário. O aparecimento das lesões de cárie está relacionado com a desmineralização provocada pela acidificação do meio oral, sendo primeiro uma mancha branca e posteriormente um buraco que se pode aprofundar, se a cárie não for tratada, até atingir a polpa que tem vasos e nervos, provocando inflamação, dor e até mesmo abscessos. Em fases mais progressistas, pode levar à destruição completa do dente provocando a sua perda. O desenvolvimento deste processo é variável. A observação directa e experimentada é considerada um dos métodos mais efectivos de diagnóstico e se a cárie for conveniente e atempadamente tratada, pode ser interrompida a progressão das lesões. A higiene oral é o factor mais importante para evitar o aparecimento das doenças orais.

O enfermeiro desempenha neste âmbito um importante papel na educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis, neste caso através do ensino da saúde oral, diminuindo, conseqüentemente, a prevalência de doenças orais.

BATALHA (2001) refere que o enfermeiro deve recorrer à utilização de metodologias activas adequadas a cada estágio de desenvolvimento, tendo em conta o contexto socio-cultural, transmitindo a informação pela positiva, de forma simples e fraccionada e reforçar positivamente a participação e a mudança de comportamentos. Ou seja, é necessária a utilização de processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem de forma a que os envolvidos no processo participem de forma activa na compreensão e análise das experiências vividas, de maneira a adquirirem os saberes e motivação necessários à adopção de comportamentos saudáveis, de modo informado, consciente e responsável.

Na consulta de enfermagem de saúde infantil, o profissional deve avaliar a saúde oral das crianças em busca da presença de cáries, encaminhando, sempre que necessário e segundo a DSG (2005), para o gestor do programa no Centro de Saúde. Por outro lado, é ele que, de acordo com BATALHA (2001), desempenha um importante papel no apoio e ajuda contínua na aquisição de hábitos de vida que promovam a saúde oral (alimentação, higiene oral, etc). Deverá, durante a condução das acções educativas para a saúde, ter em conta os hábitos culturais das famílias em relação às práticas de

higiene e à alimentação para que possa actuar efectiva e eficazmente, adequando os seus ensinamentos à realidade dos seus alvos. De ter ainda em conta que se a criança tiver um papel activo nessas acções educativas os efeitos pretendidos tornam-se mais eficazes.

Em pediatria, o enfermeiro deve ter em especial atenção que o papel da família é preponderante na aquisição de valores e princípios básicos para a promoção da saúde, sendo, por isso, o seu foco de atenção a criança e família, nomeadamente os pais, pelo que é fundamental a sua participação *“na programação das actividades de modo a poder resolver-se eventuais resistências que inclusivamente podem ser desconhecidas dos técnicos e serem devidas a idiosincrasias micro-culturais. (...) É fundamental que o programa seja «continuado» e reforçado em casa e não (...) descredibilizado pelas práticas domésticas”* (DGS, 2001).

5.3 - A HIGIENE DENTÁRIA

Ao cuidar da sua saúde oral a grávida estará a promover a saúde do seu filho. De acordo com a DGS (2005), *“em caso de gravidez programada, a futura mãe deverá fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Se já estiver grávida e tiver dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento”*. É também nesta fase que se deve aproveitar para fazer o ensino à futura mãe acerca dos *“cuidados a ter com a alimentação e higienização da boca da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente”* (DGS, 2005).

Como já se mencionou, a DGS (2005) recomenda que a higiene oral deve-se iniciar logo após a erupção do primeiro dente, devendo ser incorporada na rotina da higiene diária do bebé. Assim, deverá ser feita pelos pais duas vezes por dia, *“utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/ml) de fluoreto, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição. (...) A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho de uma unha do 5º dedo da mão da própria criança”* (DGS, 2005). À medida que se denota um desenvolvimento da criança, esta deve iniciar-se progressivamente na escovagem dos dentes, sempre sob vigilância. A DGS (2005) reforça ainda que deverá ser dada aos pais *“informação sobre alimentação, factores de cariogenicidade e a importância de prevenir as cáries precoces na*

infância, (...) o bebé, a partir de 1 ano de idade, não deve usar prolongadamente o biberão nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. (...) É absoluta contra-indicação a utilização de chupetas com açúcar ou mel”.

Dos 3 aos 6 anos de idade, a criança gosta de imitar os outros, explorar o que a circunda, procuram a aprovação social e as rotinas dão-lhe segurança, sendo nesta fase que desejam autonomia (WONG, 1989). Por isso, é agora que vai obtendo o hábito da higiene oral, devendo a escovagem dos dentes ser estimulada. Segundo a DGS (2005),

“a escovagem dos dentes, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/ml) deve continuar a ser realizada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar é (...) idêntica ao tamanho do 5º dedo da mão da própria criança”.

A alimentação assume um importante papel na prevenção das doenças orais e é nesta fase que a criança obtém a maior parte dos comportamentos alimentares. Por isso, deve-se privilegiar uma alimentação diversificada, sendo desaconselhada a ingestão de alimentos doces, especialmente fora das refeições. BATALHA (2001) refere que *“a comer fora das refeições, que seja fruta ou vegetais e que (...) os alimentos açucarados devem ser consumidos preferencialmente no final das refeições, seguidos de higiene oral”.* Mais uma vez se salienta que o enfermeiro deverá ter em atenção que, de acordo com a DGS (2005),

“quando os pais dão aos filhos pão achocolatado ou outros alimentos açucarados (...), estão, com frequência a dar não apenas um alimento mas também e, até talvez, principalmente, afecto, tentando colmatar lacunas que possam ter na relação com os seus filhos, mesmo que não tenham consciência desse facto. (...) [Por isso], é importante desenvolver estratégias de Educação para a Saúde que não culpabilize os pais, porque estes, intrinsecamente, desejam sempre o melhor para os seus filhos, embora não consigam, por vezes, colocá-lo em prática”.

As crianças com mais de 6 anos de idade deverão realizar a sua própria escovagem diária dos dentes, utilizando, segundo a DGS (2005),

“um dentífrico fluoretado, idêntico ao dos adultos (...) com um teor de fluoretado entre 1000 e 1500 ppm (mg/ml), numa quantidade aproximada de um centímetro, [devendo a escovagem] ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Se a criança não tiver destreza manual, (...) esta actividade [deve ser] apoiada ou mesmo executada pelos pais”.

Na adolescência, passa-se a valorizar o plano estético e relacional, pelo que a higiene oral pode representar um papel importante na auto-imagem. Por isso, é importante promover a saúde oral de forma a salientar as suas vantagens neste campo, para além do carácter sanitário.

Tal como refere a DGS (2005),

“pela dificuldade em mudar comportamentos, principalmente de forma estável, é aconselhável adequar os objectivos às realidades. Será preferível actuar sobre um ou dois comportamentos sobre os quais a caracterização inicial nos permitiu depreender que será possível obtermos resultados positivos, em vez de tentar actuar sobre todos os comportamentos que desejaríamos alterar, não conseguindo alterar nenhum deles”.

Sendo esta acção de formação dirigida à comunidade cigana do Bairro das Murtas, em Alvalade, Lisboa, e tendo em conta as características desta população, esta irá centrar-se na técnica de escovagem dos dentes.

5.3.1 - A Escovagem dos Dentes

De acordo com a DGS (2005), a escovagem dos dentes deverá ser feita pelo menos duas vezes por dia, uma antes de deitar, com uma escova de tamanho apropriado à boca do utilizador e deverá ser intransmissível. As fibras deverão ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia e, quando começarem a ficar deformados, deverá proceder-se à substituição da escova (normalmente de três em três meses). A quantidade de dentífrico a utilizar deverá ser a mencionada anteriormente de acordo com a idade. Após a escovagem dos dentes, pode-se apenas cuspir o excesso de dentífrico mas também se pode bochechar com um pouco de água. Após a técnica, a escova deverá ser guardada num local seco e arejado, com as fibras viradas para cima, de preferência num copo de material resistente à água, tendo em atenção que várias escovas não devem contactar umas com as outras.

Para que a escovagem seja eficaz (remova a placa bacteriana), a DGS (2005) recomenda que seja feita com rigor e demore 2 a 3 minutos. Pode ser utilizada uma escova manual ou, se preferir ou se houver pouca destreza manual, uma escova eléctrica. No caso de uma escova de dentes manual, a DGS (2005) recomenda a seguinte técnica (Fig 3):

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;
2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão;
3. Escovar dois dentes de cada vez, fazendo aproximadamente dez movimentos (ou cinco, no caso de crianças até aos seis anos);
4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;

5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência;
6. Proceder do mesmo modo para o outro maxilar.
7. Escovar as superfícies mastigatórias com movimentos de vaivém;
8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água (desta forma, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes).



Fig. 7 – Técnica de escovagem dos dentes (in *Desdobrável Elgydium*)

No caso de uma escova eléctrica, a sequência é a mesma. O movimento é feito automaticamente e não se deve pressionar contra os dentes ou efectuar movimentos acessórios.

Ter em especial atenção que a DGS (2005) recomenda que se evite a utilização de dentífricos com sabores ditos agradáveis (fruta, pastilha elástica...) de forma a evitar a sua ingestão por parte das crianças, prevenindo assim o consumo em excesso de fluoretos (estão descritos casos de fluorose resultantes do abuso de dentífricos).

5.3.2 - O Revelador de Placa Bacteriana

O revelador de placa bacteriana possibilita a avaliação da higiene oral e leva a um melhoramento da técnica de escovagem porque permite a visualização da placa, levando a que a criança a partir dos seis anos de idade perceba que os seus dentes têm de ser limpos com cuidado através do aperfeiçoamento do método de escovagem ao mesmo tempo que a motiva para o auto-cuidado.

O revelador de placa mais utilizado é a eritrosina. A solução mais corrente encontra-se sob a forma de gotas e tem duas formas de se utilizar:

- Diluir três gotas da solução em 1/3 de um copo de água e bochechar, tendo o cuidado de não engolir;
- Colocar três gotas da solução directamente sobre a língua ou num cotonete e espalhar sobre os dentes.

Se a placa bacteriana estiver presente, observar-se-á uma coloração vermelha, indicando o local onde precisa de ser eliminada (onde a escovagem não foi eficaz).

6 – AVALIAÇÃO

Os programas de saúde escolar, desenvolvidos dentro de parcerias comunitárias, proporcionam por um lado uma das formas mais eficazes em termos de custo-benefício para atingir as crianças em idade escolar, os adolescentes e as comunidades em geral e, por outro lado, são um meio sustentável de promover hábitos de vida saudáveis.

Assegurar que as crianças permaneçam saudáveis e garantir o processo de aprendizagem são duas componentes essenciais de um sistema de educação eficaz. A salubridade aumenta a frequência escolar e reduz o absentismo, trazendo para a escola mais crianças dos meios mais pobres e desfavorecidos. São estas crianças, que são na maior parte das vezes as menos saudáveis e mais malnutridas, as que tiram maior proveito educacional de uma saúde melhor.

Na cultura cigana, o absentismo escolar ainda se encontra em grande parte relacionado com as tradições, crenças e vivências do povo. Por isso, aliado à frequência escolar, são necessárias formas complementares de promover a educação para a saúde.

No âmbito do projecto do Reino da Imaginação em que foi solicitada a nossa participação, podemos dizer que, ao longo das três acções de formação, o número de crianças que assistiram foi variável.

De um universo de 23 crianças inscritas, na primeira sessão contámos com a comparência de quinze crianças e, inicialmente, seis mães apesar de no final se encontrarem só duas (as restantes foram-se ausentando devido aos afazeres domésticos), pelo que a eficácia da sessão para as mães só pôde ser avaliada com as que permaneceram (Anexo III). No geral, poder-se-á dizer que os conteúdos expostos foram apreendidos, visto que mais de 86,6% das crianças responderam correctamente às questões colocadas no final. A questão cuja resposta se revelou mais incompleta foi acerca das situações em que é imperativa a lavagem das mãos: cerca de 10 crianças responderam de forma incompleta, pelo que foi reforçado o ensino neste campo. Esta questão foi ultrapassada visto que a totalidade das crianças foi capaz de responder correctamente e de forma completa quando interrogadas no início da sessão seguinte. As mães mostraram-se bastante interessadas, cooperando também ao longo da sessão e incentivando os seus filhos à participação. No final não demonstraram dúvidas nos conteúdos abordados. Oferecemos material de higiene pessoal (champô e sabonete) e, ao serem brevemente questionadas na sessão seguinte acerca do que tinha sido explicado e do que tinham colocado

em prática, pudemos constatar que, efectivamente, tinham aprendido e tinham procurado colocar em prática todos os ensinamentos feitos, tendo utilizado na totalidade o material fornecido. Na parede do apartamento do Reino da Imaginação afixámos um poster alusivo a cada um dos conteúdos leccionados naquele dia para que as crianças tenham presentes os cuidados essenciais para a manutenção de uma boa higiene pessoal (Anexo IV).

Na segunda sessão estiveram presentes nove crianças. Apesar de ter sido solicitada a presença dos pais nas sessões, nesta só contamos com a participação das crianças, dado que os primeiros foram convocados para uma reunião com a assistente social do CSPCG. A apresentação consistiu numa teatralização, o que contribuiu para captar a atenção das crianças ao mesmo tempo que eram incentivadas à participação, resultando assim numa melhor assimilação dos conteúdos. Genericamente, os conteúdos expostos foram apreendidos dado que cerca de 77,8% das crianças responderam acertadamente às questões colocadas no final (Anexo VI). Houve, no entanto, duas questões em que duas crianças deram respostas mais incompletas: como se faz a transmissão dos piolhos e como se evita a sua transmissão, tendo sido, por isso, reforçado o ensino nestes campos. As crianças têm de permanecer no apartamento do Reino da Imaginação das 18 às 19 horas e, como a sessão terminou antes do final desse período, foi-lhes proporcionada a oportunidade de exprimirem através de desenhos (Anexo VII) o que tinham aprendido, de onde se pôde constatar que tinham, efectivamente, compreendido o que tinha sido exposto. Às questões cujas respostas foram anteriormente incompletas as crianças foram capazes de, através dos referidos desenhos, mostrar que tinham superado as falhas anteriormente demonstradas. Para além disso, quando interrogadas no início da sessão seguinte, foram capazes de responder clara e correctamente. No final desta sessão foram distribuídas embalagens de soluções anti-parasitárias com respectivo pente de dentes finos e um yô-yô de oferta.

Na terceira sessão contamos com a presença de onze crianças. A apresentação consistiu numa exposição oral e demonstração prática da técnica de escovagem dos dentes para manutenção de uma boa higiene oral. Foram distribuídos panfletos com a constituição da Dentição Infantil e Dentição definitiva (Anexo X). Este ensino foi reforçado com a visualização do DVD “Dr. Dentolas e a Lenda do Reino dos Dentes”, editado pela Colgate. Este método de ensino revelou-se bastante enriquecedor pois permitiu uma clarificação e consolidação dos conhecimentos anteriormente transmitidos, captando claramente a atenção das crianças através do filme de banda desenhada. Foi feita a distribuição de um kit que incluía escova de dentes, duas pastas de dentes e um pente de cabelo. A avaliação da sessão foi feita através do teste revelador de placa após a escovagem dos dentes supervisionada por nós e apenas 3

crianças apresentaram alteração da coloração dos dentes após a mesma, donde podemos considerar que os conteúdos expostos foram globalmente apreendidos (cerca de 72,7% das crianças utilizaram correctamente a técnica de escovagem dos dentes) (Anexo IX). Na porta do WC do apartamento do Reino da Imaginação afixámos um poster, oferecido pela Elgydium, ilustrativo de uma escovagem correcta dos dentes (Anexo XI). No final da sessão distribuímos o desdobrável da DGS “Saúde Oral: Escovagem dos dentes, Como fazer?” (Anexo XII) e desenhos para colorir alusivos ao tema (Anexo XIV).

A realização destas sessões de ensino foi para nós extremamente gratificante pela oportunidade que nos deu de, não só através da pesquisa bibliográfica como também do contacto directo com entidades (instituições) e parceiros da comunidade, conhecer as crenças, valores e tradições da população de etnia cigana. Isto facilitou-nos o desenvolvimento da empatia e interacção com as crianças e mães de etnia cigana moradoras no bairro das Murtas, o que fez com que, a nosso ver, as sessões de educação para a saúde fossem tão proveitosas para nós como para os receptores.

7 – BIBLIOGRAFIA

CHAVES, Maria Helena Torres - **Que sorte, Ciganos na nossa escola!**. Ed. Secretariado Entreculturas (Ministério da Educação), Coleção Interface. Lisboa, 2001. ISBN 972-8339-29-1.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar** – Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

LEININGER, Madeleine – **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices**. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

LIÉGEOIS, Jean-Pierre – **Ciganos e Itinerantes: Dados socioculturais e dados sociopolíticos** – Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. 229p. ISBN 92-871-0790-4.

LOPES, Daniel Seabra – **Deriva cigana: um estudo etnográfico sobre os ciganos de Lisboa**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2008. 410 p. ISBN 978-972-671-216-9.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos – **O Mundo da Criança**. 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

SAÚDE, Direcção Geral de. - **Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005** – Lisboa: DGS, 2005. 97p. ISBN 972- 675-137-3.

TOMEY, Ann Marrier, et al. - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures : Lusociência, 2004. p. 750. ISBN 972-8383-74-6.

WONG, Donna L. - **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p. 910. ISBN 85-277-0506-0.

SITIOS

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> acedido em 15 de Maio de 2010.

<http://www.dgs.pt/> acedido em 15 de Maio de 2010.

<http://www.google.pt/images?q=piolho&um=1&hl=pt-PT&tbs=isch:1&sa=N&start=120&ndsp=20> acedido em 20 de Maio de 2010.

<http://www.google/images.com> acedido em 20 de Maio de 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Listagem das crianças de etnia cigana do bairro das Murtas

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DO CAMPO GRANDE
ÁREA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-PEDAGÓGICA



REINO DA IMAGINAÇÃO

Listagem Crianças de Etnia Cigana do Bairro das Murtas

	Nome	D.N	Ano
1	Alicia	-	3º
2	Ansisa Vitorino	04-02-2003	1ºB
3	António Vitorino	06-01-1999	3ªA
4	Aurélio Vitorino	30-10-2000	3ºB
5	Daniilo Maia Grilo	25-05-1999	4ºC
6	Dianna	27-02-2003	1ªA
7	Diogo Marques	29-01-2002	1º A
8	Fernando Gil Maia Garcia	24-04-2001	3º A
9	Gonçalo Marques Vitorino	01-11-2003	1º A
10	Guida	10-08-2001	3ªA
11	Hugo	02-08-2000	2º B
12	Iuri Maia Grilo	25-05-1999	4ªA
13	Lisandra Guimar	20-04-1997	2º B
14	Maisa	-	2º
15	Marco Rui Pedro Marques	11-06-2003	1ºB
16	Micaela Silva Santos	11-08-1999	4ªA
17	Patricia Teles Raminhos	10-12-2003	4º C
18	Paulo	-	3º
19	Rafael André Teles Raminhos	13-10-1996	4º C
20	Sandra Melissa Vitorino Serrano	21-07-2003	1ªA
21	Tito Moraes Fonseca Guimar	01-09-2001	2º B
22	Valdemar	31-10-2000	3º
23	Valdir Conceição Raminhos Lito	06-01-2000	4º A

ANEXO II

Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

Tema: Higiene Pessoal.

Grupo a que se destina: 23 crianças e suas mães de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

Local: Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

Data e hora: 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

Objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene pessoal;
- Promover hábitos diários de higiene capilar, genital, à pele, às mãos, pés, unhas, e de vestuário;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene pessoal.

Prelectoras: Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

Parceria: Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.ª Isabel Melícias e enf.ª Carlota Sousa).

Apoio: Hotel Quinta das Pratas - Cartaxo.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
Introdução – Apresentação das prelectoras e do grupo – Apresentação do tema e sua importância	Expositivo		5 Minutos
Desenvolvimento – Banho corporal – Lavagem do cabelo – Lavagem das mãos – Higiene genital – Cuidados às unhas . Higiene . Corte – Cuidados com o vestuário . Lavagem . Adequação ao corpo e estação do ano	Expositivo Interactivo	Data-Show Champô Gel de banho Sabonete	30 Minutos
Conclusão – Breve síntese de sessão – Esclarecimento de dúvidas	Exposição dialogada		5 Minutos
Avaliação de conteúdo – Teste formativo – Correção do teste	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4	20 Minutos

ANEXO III

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

Guião de avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

Tendo em atenção de que estamos a lidar com crianças em idade escolar...

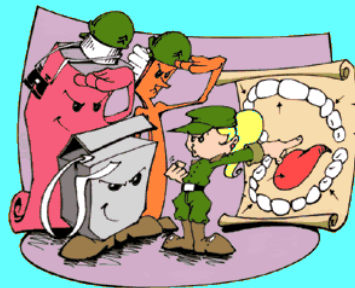


Questão	Número de respostas certas		Número de respostas erradas		Número de respostas incompletas	
	Mães	Crianças	Mães	Crianças	Mães	Crianças
Presentes no final da sessão: 15 crianças + 2 mães						
Quando é que se deve tomar banho?	2	13		2		
Qual é a forma mais higiénica de tomar banho?	2	13		2		
Como devem tratar do vosso cabelo? Que cuidados devem ter?	2	15				
Quando é que devem sempre lavar as mãos?	2	5				10
Como é que devem estar as unhas e porquê?	2	15				
Como devem ser cortadas as unhas dos pés?	2	15				
Como é que as meninas se devem limpar depois de fazer xixi?	2	15				
O que é que os meninos devem fazer depois de fazer xixi?	2	15				
Depois de tomar banho devem vestir a mesma roupa?	2	15				
Que tipo de roupa é que devem vestir?	2	15				
No verão, como é que deve ser a roupa que vestem?	2	15				
E no inverno? Como é que deve ser a roupa que vestem?	2	15				
E o calçado? Como é que deve ser no Inverno?	2	15				
E no verão?	2	15				

ANEXO IV
Póster – Higiene Pessoal



Higiene Pessoal



Autoras: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
*Margarida Gil - Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Saúde Infantil e Pediátrica
*Fátima Cruz - Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Saúde Comunitária

Orientadoras: Centro de Saúde de Alameda
*Cristina Sousa - Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária
*Margarida Nélson - Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Fontes:
*www.pedagogia.com.br
*www.pedagogia.com.br
*www.pedagogia.com.br
*www.pedagogia.com.br

ANEXO V

Plano da Sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

Tema: Pediculose.

Grupo a que se destina: 23 crianças e suas mães de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

Local: Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

Data e hora: 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

Objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene capilar;
- Alertar para o aparecimento de piolhos;
- Promover medidas de erradicação de piolhos e lêndeas;
- Prevenir distúrbios provocados pela pediculose.

Prelectoras: Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

Parceria: Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.ª Isabel Melícias e enf.ª Carlota Sousa).

Apoio: Picky (champô + pente + yo-yo).

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos prelectores e do grupo- Apresentação do tema e sua importância	Expositivo		5 Minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">- O que são piolhos- O que são lêndeas- Sinais e sintomas da existência de piolhos e lêndeas- Como se propagam- Como evitar a propagação- Como se eliminam- Como se previne o reaparecimento	Expositivo Demonstrativo Interactivo Teatralização	Peruca Avental Champô Pente	30 Minutos
Conclusão <ul style="list-style-type: none">- Breve síntese de sessão- Esclarecimento de dúvidas	Exposição dialogada		5 Minutos
Avaliação de conteúdo <ul style="list-style-type: none">- Teste formativo- Correção do teste	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4	20 Minutos

ANEXO VI

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

Guião de avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

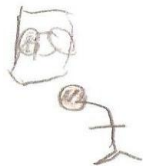
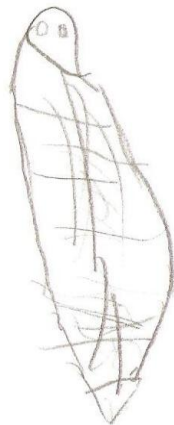
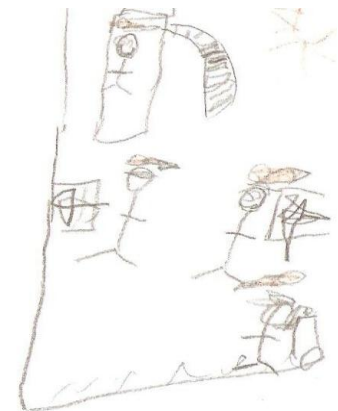
Tendo em atenção de que estamos a lidar com crianças em idade escolar...



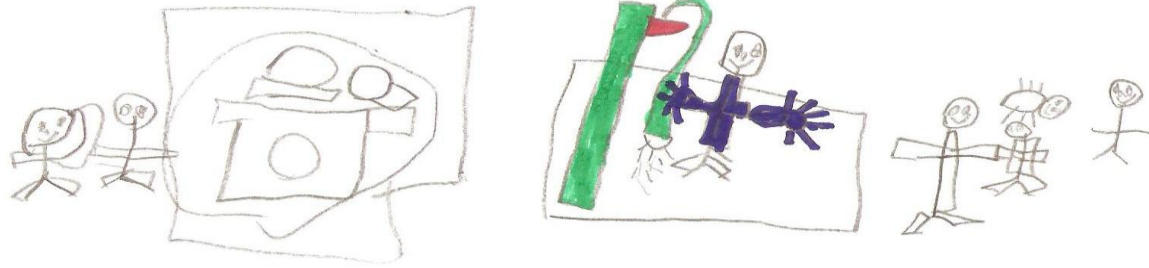
Questão Presentes no final da sessão: 8 crianças + 2 mães	Número de respostas certas		Número de respostas erradas		Número de respostas incompletas	
	Mães	Crianças	Mães	Crianças	Mães	Crianças
O que são piolhos?		9				
O que são lêndeas?		9				
Como é que sabem se têm ou não piolhos e lêndeas?		9				
E lêndeas?		9				
Como é que passam de umas pessoas para as outras?		7				2
O que é que se pode e deve fazer para não passarem os piolhos de uns meninos para os outros?		7				2
Como se matam os piolhos?		9				
O que é que se faz para não aparecerem outra vez?		9				

ANEXO VII
Desenhos das crianças

CONSEJO BANOR



b
Amos Marco



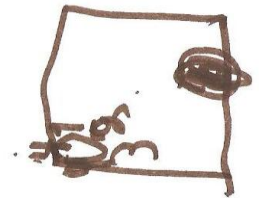
Patricia 7 anos



Diogo



8



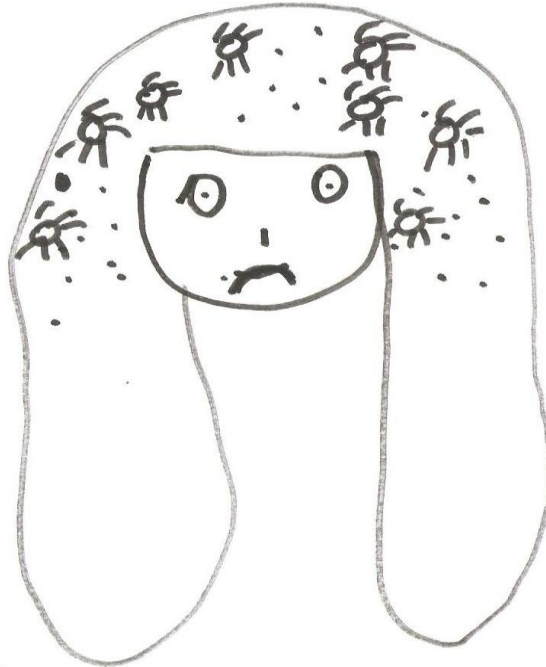
Guada Zamora
Naiara

India

PIOLHOS



PIOLHO



fiollo

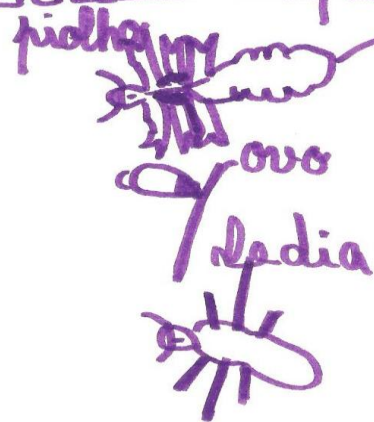
GD
ana9



sondia

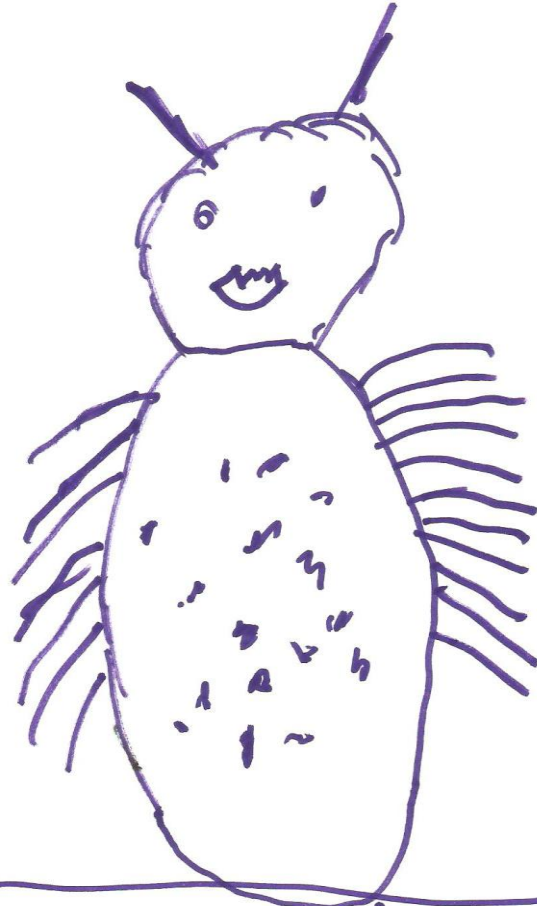


Alicia Lequeira Rodrigues 9 anos 3º ano A



PARA EVITAR QUE ISTO ACONTEÇA
É PRECISO EVITAR USAR AS COISAS DOS
OUTROS.

Valdir 10 ANOS

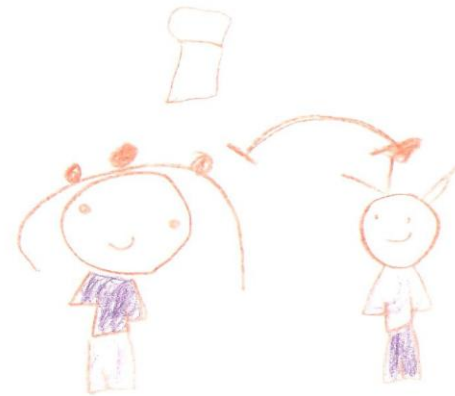


O que já sei sobre as folhas

Nunca se deve pôr os chapéus das
massas amigas porque poderiam apertar
folhas em certas formas que pôr
o produto por as folhas.



Nicola 10
ANOS



ANEXO VIII

Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

Tema: Higiene oral.

Grupo a que se destina: 23 crianças de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

Local: Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

Data e hora: 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

Objectivos:

- Sensibilizar as crianças para a importância da higiene oral;
- Alertar para a ocorrência de problemas relacionados com uma higiene oral precária;
- Motivar as crianças para a escovagem dos dentes pelo menos 2 vezes por dia;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene oral.

Prelectoras: Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

Parceria: Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.^a Isabel Melícias e enf.^a Carlota Sousa).

Apoios: Pierre Fabre Oral Care (Elgydium), Hotel Quinta das Pratas - Cartaxo, Centro de Saúde de Sete Rios.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">- Apresentação das prelectoras e do grupo- Apresentação do tema e sua importância	Expositivo		5 Minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">- Constituição dentária:<ul style="list-style-type: none">. Quantos dentes temos e para que servem. Dentes de leite. Dentição definitiva- Problemas que podem surgir nos nossos dentes:<ul style="list-style-type: none">. Tártaro. Cárie dentária. Inflamação da gengiva- Para manter uma dentição saudável:<ul style="list-style-type: none">. Alimentos que não devemos comer em excesso. Escovagem dos dentes (material necessário e como fazer). Visita ao higienista oral ou dentista	Expositivo Demonstrativo Interactivo	<ul style="list-style-type: none">. DVD "Dr. Dentolas". Folhetos arcada dentária. Copo. Escova de dentes. Pasta dentífrica	30 Minutos
Conclusão <ul style="list-style-type: none">- Breve síntese de sessão- Esclarecimento de dúvidas	Exposição dialogada		5 Minutos
Avaliação de conteúdo <ul style="list-style-type: none">- Escovagem dos dentes no final da sessão- Teste revelador de placa	Participativo Interactivo	Copo Escova de dentes Pasta dentífrica Espelho Revelador de placa	20 Minutos

ANEXO IX

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral



Apresenta alteração da coloração dos dentes após a higienização

Sim	Não	Duvidoso
3	8	0

ANEXO X

Panfleto – Dentição Infantil, Dentição Definitiva



Dentição infantil



Dentição definitiva

(in Desdobrável Elgydium)

ANEXO XI

Póster – Como escovar bem os dentes (Elgydium)

COMO ESCOVAR BEM OS DENTES



1 COMEÇA COM OS DENTES DE CIMA



Primeiro escova a parte de fora dos dentes, com a escova inclinada, da gengiva em direcção ao dente



Depois escova as partes de dentro dos dentes com a escova na mesma posição.



Por fim escova as partes que mastigam com movimentos para trás e para a frente.

2 CONTINUA COM OS DENTES DE BAIXO



Escova a parte de fora dos dentes com a escova inclinada



Agora a parte de dentro

Os dentes da frente (incisivos), quer de cima quer de baixo, devem escovar-se com a escova na vertical, fazendo movimentos da gengiva para o dente.



É acabas a escovar os molares com movimentos para trás e para a frente. E não te esqueças de escovar a língua!

CONSELHOS

Demora pelo menos 2 minutos a escovar os dentes para ficarem bem lavados e escova-os sempre pelo menos 2 vezes ao dia: uma de manhã e outra à noite.



Não escoves os dentes com muita força

Troca de escova de 3 em 3 meses e escolhe uma adequada à tua idade

Visita o dentista, ou higienista pelo menos 1 vez por ano.



ANEXO XII

Folheto - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência.



6. Proceder do mesmo modo no outro maxilar.



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém.



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água. Assim, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes.

A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível

Deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima

A higiene oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais

Escove os dentes correctamente, pelo menos, 2 vezes por dia

Use um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

Para mais informações consulte www.dgs.pt



Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais



SAÚDE ORAL

Escovagem dos Dentes
Como Fazer

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

Escovar os dentes

Escovar os dentes é essencial para a saúde. Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.



Os dentes devem ser escovados, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de dormir.

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- * remove a placa bacteriana (conjunto de bactérias, saliva e restos de alimentos)
- * promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana.

Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

Quando começar

Logo que os dentes nascem. São os pais ou quem cuida do bebé os responsáveis pela escovagem dos seus dentes.

Dentífrico

É essencial que tenha flúor na sua composição (1000-1500 ppm).

Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de dentífrico semelhante ao tamanho da unha do dedo *mindinho* do bebé ou da criança.

A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por cada escovagem dos dentes.

Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza.

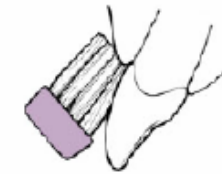
A textura deve ser macia ou média.

Deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).



Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova.
2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão.



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos).



4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto.

ANEXO XIII
Desdobrável Elgydium

ELGYDIUM

Saúde Oral

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Dente Saudável

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Cárie Dentária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Gengivite

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Periodontite

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Sensibilidade dentinária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Técnica de escovagem

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM


Fita dentária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

ELGYDIUM

Escovilhão interdentário




ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABR
ORAL CARE

ELGYDIUM

Dentição definitiva



32 dentes

- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 pré-molares
- 12 molares

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABR
ORAL CARE

ELGYDIUM

Dentição infantil



20 dentes


- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 molares

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABR
ORAL CARE

ELGYDIUM

Gengivite




ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABR
ORAL CARE

ELGYDIUM

Técnica de escovagem




ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABR
ORAL CARE

ELGYDIUM

Cárie dentária



ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

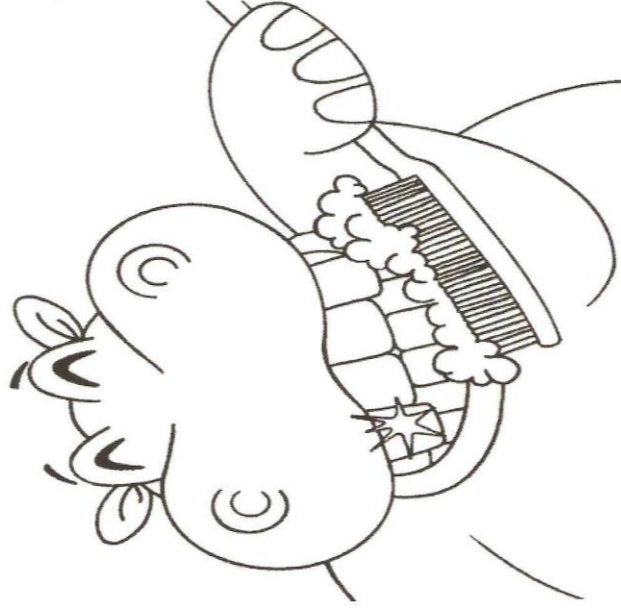
PIERRE FABR
ORAL CARE

ANEXO XIV

Desenhos para colorir – Higiene Oral

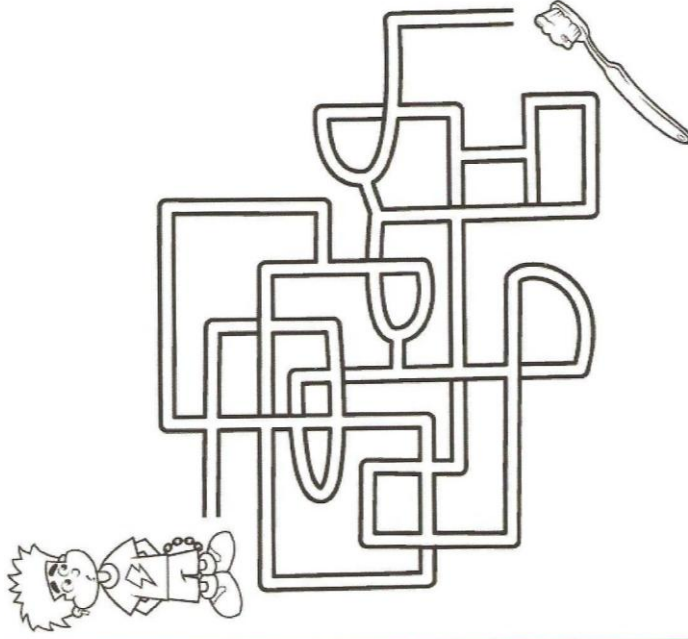
Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto



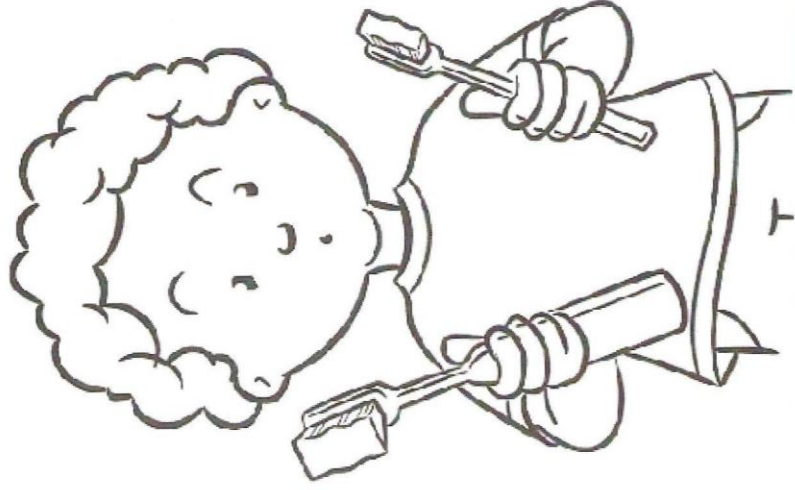
Labirinto

Ajuda o menino a encontrar o caminho para a sua escova de dentes!



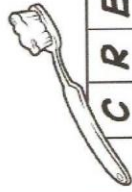
Vamos Colorir!

Pinta ao teu gosto

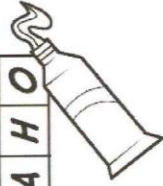


Caça-Palavras

Encontra no diagrama abaixo 4 palavras que fazem parte da higiene oral.

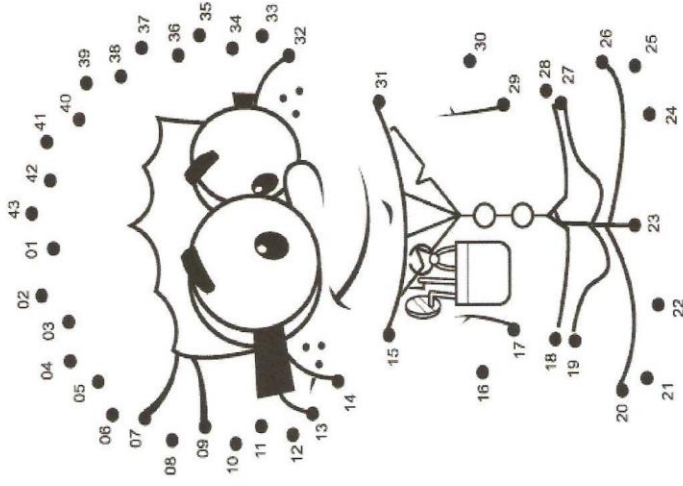


C	R	E	M	E	D	E	N	T	A	L		
S	C	S	E	J	O	M	A	H	Y	R		
A	R	C	J	I	V	E	R	A	D	E	F	
F	I	O	D	E	N	T	A	L	U	E		
U	N	V	R	A	C	H	F	N	J	A	N	Q
L	M	A	K	I	R	E	B	A	U	S	F	
H	S	T	I	R	T	I	S	T	A	H	O	
O	D	E	N	T	I	S	T	A	H	O		



Liga os Pontos

Une os pontos seguindo a numeração.



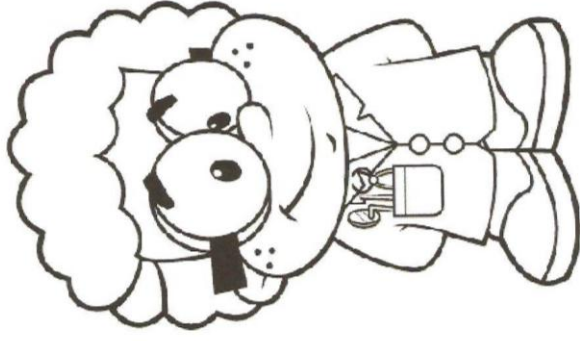
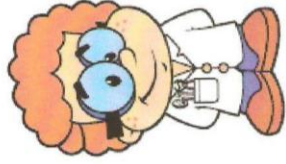
Dentista

Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto!

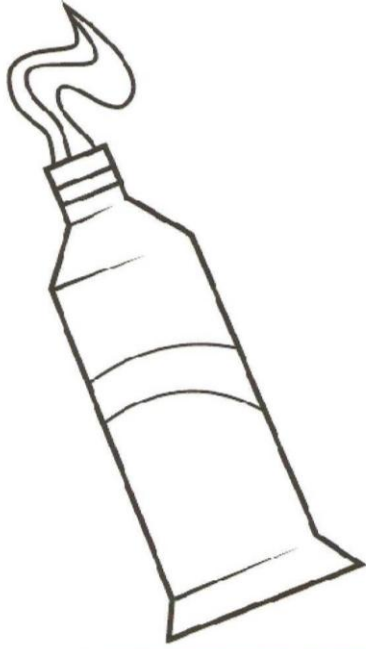
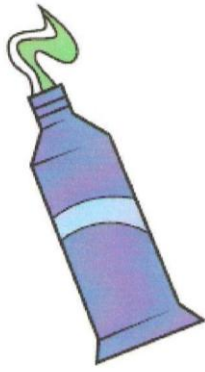
1

Vamos Colorir!



Dentista

Vamos Colorir!

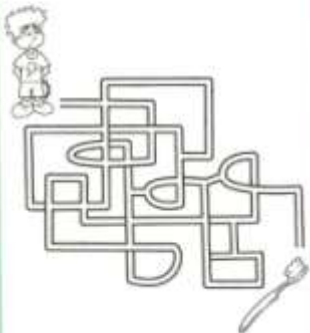


Pasta de Dentes

Anexo II - Desenhos para colorir e jogos em papel distribuídos após a formação de Higiene Oral

Labirinto

Ajuda o menino a encontrar o caminho para a sua escova de dentes!



Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto!



Caça-Palavras

Encontra no diagrama abaixo 4 palavras que fazem parte da higiene oral.



Vamos Colorir!

Pinta ao teu gosto!



Liga os Pontos

Liga os pontos seguindo a numeração.

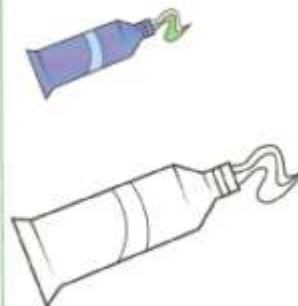


Dentista

Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto!

Vamos Colorir!

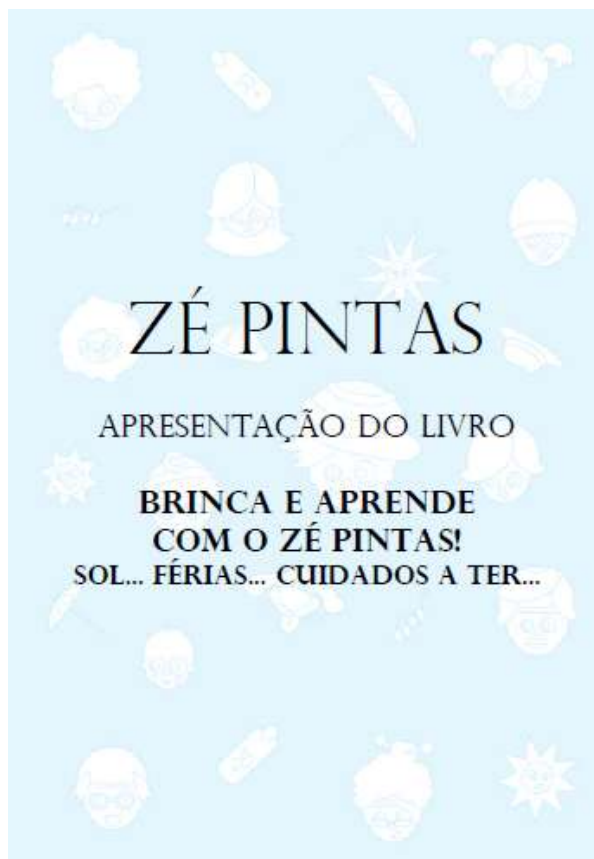


Pasta de Dentes

Vamos Colorir!



Dentista





Já conheces os teus novos amigos?
 Não?!...
 Olha que eles vão ensinar-te muitas coisas...



1

BRINCA E APRENDE COM O ZÉ PINTAS.
 Sol... Férias... Cuidados a ter...

ALICERCE



Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo
www.apcc.oncol.pt

COORDINADOR E EDITORIAL

Alexandre Cruz Castro

COORDINADOR GERAL

Orlando Graça

COORDINADOR DE REDACÇÃO

Luís Figueiredo

REDACTORES

António Costa

Carla Mendes

Cláudia Mendes

Diogo Mendes

Flávia Mendes

Isabel Mendes

Luís Mendes

Maria Mendes

Nuno Mendes

Patrícia Mendes

Rita Mendes

Sandra Mendes

Teresa Mendes

Vera Mendes

Zita Mendes

Adriana Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

Alfama Mendes

INSTITUIÇÕES COLABORADORAS



EDITORA



2



17 Junho.
Conselhos para as férias...

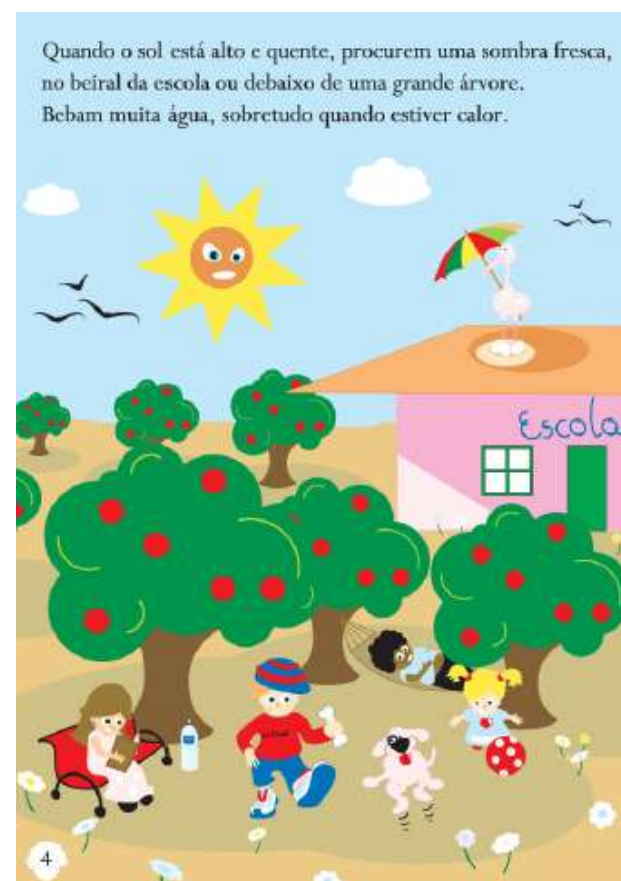
Sôra: - Meninos... Estamos quase a acabar as aulas e as férias aproximam-se. Os dias estão bonitos e é tempo de aprender algumas regras de convívio com o sol. Por isso, o tema da nossa aula de hoje é: "Conselhos para as férias..."

Zé Pintas: - Já posso ir brincar?

Sôra: - Zé Pintas...! Ainda agora chegaste, vais estar atento aos conselhos que te quero dar, tal como aos teus amigos Toni, Joãozão e Anitas...

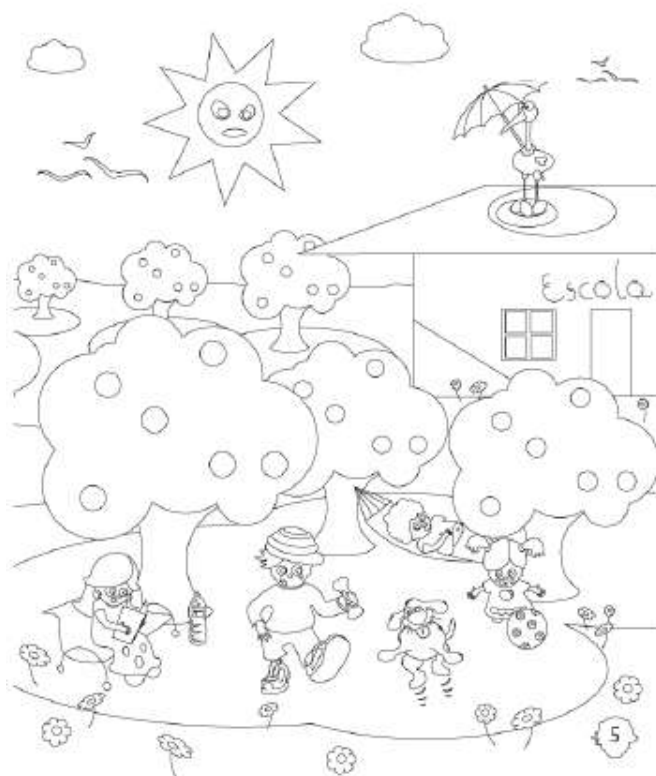
3

Quando o sol está alto e quente, procurem uma sombra fresca, no beiral da escola ou debaixo de uma grande árvore. Bebam muita água, sobretudo quando estiver calor.



4

Pinta este desenho com as cores correctas que podes espreitar no desenho ao lado.



Horas de brincar ao "Sol e Sombra".



10:00 horas
O sol ainda vem baixo.
A sombra da casa é maior do que ela. Por isso o Zé Pintas consegue jogar ténis com o Toni à sombra e assim estão protegidos.

13:00 horas
O sol está vermelho e quente. Repara que as sombras são mais pequenas que os objectos. Bebe muita água e descansa à sombra ou em casa.



18:00 horas
O sol está mais baixo
outra vez. O Zé Pintas
e o Joãozão já podem
jogar basquetebol
à sombra.



Horas de brincar ao "Sol e Sombra".

Horas mais seguras:

- Início da manhã, até às 11:00 horas, e final da tarde, depois das 17:00 horas.
- A sombra é maior que os objectos.

Horas arriscadas:

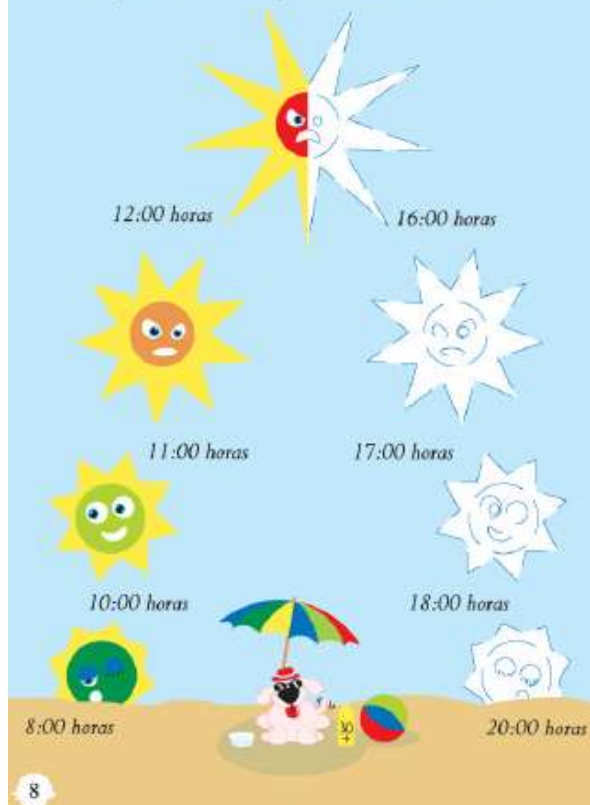
- Entre as 11:00 e as 12:00 horas, e entre as 16:00 e as 17:00 horas.
- A sombra é igual aos objectos.

Horas mais perigosas:

- Entre as 12:00 e as 16:00 horas.
- A sombra é menor que os objectos.

7

Completa o desenho e pinta a "simetria solar".



8

A que côr do semáforo corresponde a minha pele?



Vermelho:

- Se tens cabelo ruivo ou loiro, olhos azuis ou verdes e pele clara com ou sem sardas, vais corar facilmente ao sol. Tens então que ter muito cuidado com o sol...
- Exemplo: Zé Pintas e Clarinha.

Amarelo:

- Se tens cabelo e olhos castanhos e ficas facilmente moreno, também tens que ter cuidado com o sol.
- Exemplo: Toni e Anitas.

Verde:

- Se tens pele e cabelos escuros ou negros, apesar de não ficares habitualmente vermelho com o sol, também não deves ficar exposto nas horas mais perigosas.
- Exemplo: Joãozão.

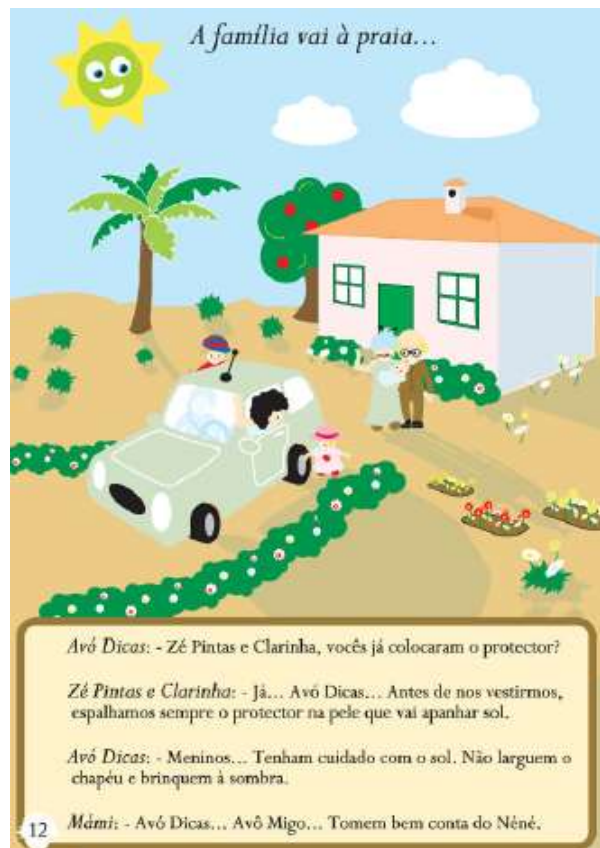
9



Descobre e assinala o caminho que o Zé Pintas tem que percorrer para ir protegido para a praia com o Rufias.

10

Assinala com um X as peças de roupa que o Zé Pintas deve usar para ir à praia.
Podes vesti-lo, pintando-o com as peças correctas.



A família na praia...



13



14

Canta com o Zé Pintas o “Hino do Verão”...

*Eu vou, eu vou...
Eu vou p'rá praia eu vou...*

*Eu vou, eu vou...
Eu vou p'rá praia eu vou...*

*Passarinhos a chitar,
É hora de acordar,
O sol começa a brilhar,
São horas de brincar.*

*Acorde bem cedinho,
Quero floca e leitinho,
Lavo a cara e o dentinho,
Protector e chapeu é certinho.*

*Eu vou, eu vou...
Eu vou p'rá praia eu vou...*

*À bola vou jogar,
Com raquetes vou brincar
Castelos vão crescer,
Até a digestão se fazer.*

*Cuidado com o mar,
Quando fores nadar.
A sombra vais ficar,
Não vás é... queimar.*

Ei!... Está na hora de regressar.

*Eu fui, eu fui...
Eu fui à praia eu fui...*

*Eu fui, eu fui...
Eu fui à praia eu fui...*

15

A sombra do Zé Pintas e dos seus amigos é muito maior do que eles. É a hora correcta de brincar ao sol ou ir à praia.



16

Tomando como exemplo o desenho superior, indica-nos as oito peças em falta no desenho inferior:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

O desenho superior está correcto. O desenho inferior tem 10 diferenças que deves assinalar porque estão incorrectas.



“Nevoeiro dá sol matreiro”



Zé Pintas: - Ruínas ... Como é que ficámos tão vermelhos?
Ruínas: - Não percebo porquê... existiam tantas nuvens...
Para dizer a verdade, eu nem vi o sol.
Zé Pintas: - Mas a minha professora, a Stóra, lembrou-me que nos dias do nevoeiro o sol queima sem darmos conta, por isso não nos podemos esquecer: “Nevoeiro dá sol matreiro”...



19

Moda Verão! Uhhh!... É uma tentação!



Sabias que...

Em relação ao vestuário e protecção solar:

- Evita tecidos porosos, quanto mais transparente menos protege
- Para roupa fina, prefere as cores escuras
- Nunca expór a pele mais sensível

E quanto ao protector solar (sempre 30+):

- A eficácia inicia-se 30 minutos após a aplicação (não esquecer de o aplicar antes de sair de casa)
- Reaplicar após o banho
- Não deverá servir para justificar exposições prolongadas

E não te esqueças:

- Na escola ou no jardim, na piscina ou na praia, o sol é todo igual, por isso, tens que te proteger sempre que estás exposto ao sol....

20



O "Patinho feio"!

Sabias que...

Todos nós, habitualmente, temos sinais e muitos deles chamam-se "nevus".

O "patinho feio" é um "nevo" que é:

- A): Assimétrico (uma metade diferente da outra).
- B): Tem um Bordo (ou contorno) irregular.
- C): Tem várias Cores ou fica muito preto e diferente de outros.
- D): Tem um Diâmetro (tamanho) maior que 6 mm.
- E): Teve uma Evolução (alteração) recente.

Com esta regra do A, B, C, D, E, vai ser fácil os teus pais ajudarem-te a observar os teus sinais. Só precisam de o fazer duas vezes por ano...



Nesta "sopa de letras" procura os nomes dos seis personagens principais desta história.

Zé Pintas, Joãozão, Anitas, Clarinha, Toni e Rufias.



23

Completa as frases abaixo indicadas:

O Zé Pintas, depois de acordar, vai tomar o pequeno almoço, lavar a cara e os _____. Não se esquece de espalhar o _____ em toda a pele que vai ficar exposta ao sol. Antes de sair de casa põe o _____ na cabeça. No jardim procura a _____ das árvores.

Quando chega à praia vai jogar à bola com os amigos, fazer castelos na _____. Só depois da _____ bem feita é que pode tomar _____ no mar. Depois de se secar, não se esquece de voltar a aplicar o _____ no corpo e de pôr o chapéu. É uma boa hora para um lanchinho debaixo do _____.

O sol começa a aquecer, a sombra do Zé Pintas a diminuir... Está na hora de regressar a casa.

Lê esta mensagem num espelho e descobre o que estes teus amigos te estão a dizer...



24

Solário: "Aprende a conviver com o sol"
Bos Férias...

Querido(a) leitor(a)

Com esta publicação vais conhecer o teu novo amiguinho Zé Pintas. Ele e os seus amigos vão dar-te boas ideias para passares umas férias divertidas e tranquilas...

Ao leres este livro vais ver como é fácil brincar no Verão sem apanhar escaldão. E lembra-te... Por cada vermelhidão muitos sinais mais tarde te aparecerão. E quantos mais sinais te aparecerem mais cuidado com o sol terás que ter. Eis uma boa razão para ao sol fazeres uma boa proteção.

Em breve vais ter novas histórias e ensinamentos do Zé Pintas.



Verão sem escaldão



- Na praia, no campo ou na piscina, o Sol é todo igual
- A eficácia do protector solar normalmente começa 30 minutos após a sua aplicação e deve ser sempre aplicado antes de sair de casa
- Depois de tomares banho, deves reaplicar o protector solar e colocar um chapéu

Sol com moderação

- As horas mais seguras para te divertires ao sol são aquelas em que a tua sombra consegue ser maior que tu
- Das 11 às 17h não deves estar ao sol; das 12 às 16h o sol é mesmo muito perigoso!



Sombra como protecção

- Se já estás há muito tempo ao sol, veste uma camisola ou de preferência vai para uma sombra
- Protege zonas sensíveis como o decote, ombros e braços



Ah! Não te esqueças de beber muita água



Usa chapéu, roupa adequada, óculos escuros e protector solar de índice elevado (30+)!!!!



Anexo V – Algumas situações em que utilizaram Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

A justificação da utilização de qualquer uma destas Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor poderá ser encontrada no Manual elaborado e que pode ser consultado no anexo VIII.

André – 13 anos - Osteotomia da anca bilateral

Sempre muito queixoso à mobilização, particularmente durante a higiene. Classifica a sua dor como 6 na Escala Numérica.

Administrada terapêutica prescrita. Utilizada distração (falámos de jogos e comida portuguesa, que adora) e imagem guiada. Surtiu efeito durante períodos (o jovem verbalizava descidas do valor na Escala Numérica na ordem dos 2/ 3, intercaladas com valores de 6). Foi necessário manter as estratégias não farmacológicas para que se conseguisse obter resultados mais positivos. A sua adesão às estratégias tornava-se mais difícil na presença dos pais, pelo que foi necessário explicar também aos pais a efectividade das técnicas. Posteriormente, enquanto se aplica as estratégias, o André fica sem queixas e os pais levam-nas a cabo em conjunto com a criança. Quando questionado acerca do valor da dor na Escala Numérica nestas ocasiões, o André atribui valores de 0/ 1.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Maísa – 15 anos – cirurgia à coluna por instabilidade a nível da lombar e dorsal

Jovem a quem lhe caiu um barrote de madeira pesado e grande em cima, tendo sido evacuada de S. Tomé. Fez cirurgia de estabilização da coluna com colocação de material de osteossítese. Ao efectuar o penso, apresentava tumefacção na região lombar, pelo que se contactou o cirurgião. Muito queixosa durante a realização do penso, verbalizando valores de 8 na Escala Numérica. Foi administrada terapêutica analgésica de acordo com prescrição SOS. O cirurgião retirou agrafes, puncionou e aspirou líquido sero-hemático na referida zona nos 10 minutos que sucederam o final da administração da terapêutica, a jovem ainda verbalizava valores de dor de 6 na Escala Numérica. Executou a técnica sem qualquer anestesia local, apesar dos protestos da equipa de enfermagem. Concomitantemente, foi feito acompanhamento da jovem com voz calma e tranquilizadora e recorreu-se também ao relaxamento através do controlo do ciclo respiratório (acompanhou-se a jovem durante as instruções para que, visualizando, as cumprisse melhor). Fica bastante colaborante e menos queixosa, manifestando valores de 2/ 3 na Escala Numérica.

Feito incentivo aos enfermeiros para efectuar registo das técnicas utilizadas.

Hugo – 8 anos – Osteotomias múltiplas e alongamento do fémur

Criança colaborante mas queixosa à mobilização, verbalizando valores de 3 na Escala numérica. Utilizada imagem guiada. Fica mais colaborante. Quando questionada acerca da existência de dor após a técnica, verbalizou valores de 0/ 1 na Escala Numérica.

Feito ensino à mãe acerca da utilização da imagem guiada em situações de dor.

Hamilton – 12 anos – Osteotomia da anca esquerda

1º internamento - Faz reabilitação e tem indicação para usar uma tala de forma a fazer extensão do membro inferior. Tem uma úlcera de pressão no calcâneo esquerdo com tecido desvitalizado com necessidade de realização de penso. Muito queixoso durante a realização de penso, verbalizando dor com valores de 8 na Escala Numérica. Como esta situação era comum, optou-se por administrar terapêutica prescrita 30 minutos antes da realização da técnica e após este período verbaliza dor na ordem de 5/ 6 na Escala Numérica. Utilizou-se imagem guiada com viagem até à sua terra natal, Cabo Verde, mais propriamente às praias de que tanto gosta. Fica muito pouco queixoso, mesmo a nível de fácies, verbalizando dor na ordem de 2/ 3, enquanto descreve como as praias e o que lá faz. Quando se pára com a imagem guiada, fica queixoso novamente, verbalizando valor de dor 8. Após a realização do penso, manifesta valor de dor 2 na Escala Numérica. Aproveitou-se para se ensinar controlo do ciclo respiratório para utilizar quando não se recorresse à imagem guiada.

Como recusava a tala, foi feito um contrato comportamental no que respeitava à sua utilização que foi cumprido.

2º internamento – Fez colocação de uma prótese total da anca. Tem uma tala no membro inferior. Extremamente queixoso à mobilização (9 na Escala Numérica) mas colaborante. Utilizada a estratégia anteriormente descrita associada ao controlo respiratório aquando da mobilização por sua iniciativa (lembrava-se do internamento anterior), manifestando dor 2/ 3 na Escala Numérica.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Marta – 6 anos – Traumatismo dos ossos próprios do nariz, etmóide e frontal

Com dor de 4 na escala de faces. Recorreu-se à distração e depois à imagem guiada e controlo do ciclo respiratório associada à administração de terapêutica prescrita em SOS. 10 minutos após, refere já uma diminuição da dor que caracterizou como sendo de 2 na escala de faces. 30 minutos após refere estar sem dor.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Miguel – 6 anos – Artroscopia do joelho à direita + dilatações ureterais

Criança aparentemente muito assustada. Muito agitado quando percebeu que se ia administrar terapêutica EV (tinha soro em veia periférica). Utilizou-se a distração, incentivando a mãe a continuar. Apesar de ter 6 anos, ainda se recorreu à utilização do “mágico” através da colocação de uma compressa por baixo da torneira de 3 vias para tirar a dor da mão, que caracterizava como sendo de 6 na Escala de Faces durante a administração de terapêutica, com resultado positivo evidente (manifesta valor de 0 na Escala de Faces).

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Rafael – 4 anos – Escoliose, com tracção craneana

Não permite que lhe sejam avaliados os sinais vitais. Tinha com ele os brinquedos e utilizou-se a dramatização no “Sr. Polícia” para que a criança visse o que se ia fazer. Recorreu-se ainda ao conceito de “pulseira mágica” (braçadeira de TA) e “luz especial de super poderes” (oximetria de pulso). Deixa que depois lhe sejam feitas todas as avaliações.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Alexandre – 7 anos – Osteomielite

1ª situação - Queixoso aquando da administração dos antibióticos, manifestando dor na Escala de Faces de 6. Apesar de ter 7 anos, recorreu-se ao mágico, referindo que “colocou-se uma coisa mágica na água que ia para o fio do braço dele para não doer”, o que acalmou a criança, verbalizando depois valor de 0 na Escala de Faces.

2ª situação – Criança fica sem acesso venoso. Faz-se colocação de um penso de EMLA® (de acordo com o peso da criança) durante 45 minutos para se proceder à punção venosa. Aquando do procedimento, levou-se a criança para a sala de pensos. Tentou-se a distração sem efeitos aparentes. Encorajou-se a mãe a relaxar juntamente com o filho mediante a utilização da técnica respiratória. A criança acabou por descontrair depois de aderir à respiração: imaginou que estava a encher balões e distraiu-se a despentear o cabelo da enfermeira com os sopros, sendo encorajado a despenteá-lo ainda mais soprando com os lábios semicerrados e com força. Dado que, no local onde estava colocado o EMLA®, não ter sido possível a punção, recorreu-se depois ao spray de lidocaína como forma de diminuir a dor no local de punção. A criança revelou-se extremamente colaborante. No final, caracteriza a dor que sentiu como sendo de 2 na Escala de Faces. Em punções posteriores, a mãe insistiu para reutilizar as estratégias porque “resultaram que foi uma maravilha” (sic).

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas em todas as situações.

Ana Patrícia – 14 anos – Preparação pré-cirúrgica

Jovem com antecedentes de tumor ósseo. Faz quimioterapia e radioterapia. História de dor feita na consulta, bem como ensino da Escala Numérica. Era necessária a realização de pensos, punção de via e colocação de meias de contenção. Jovem muito ansiosa, não só com a situação em si mas também pelo medo de estar a passar por toda a preparação e não ser operada como acontecera uma semana antes. Teve de se proceder a um contrato comportamental, pedindo a sua colaboração e recorreu-se à imagem guiada. Durante todo o processo adoptou-se uma postura calma e segura, falando sempre de forma calma e pausada. Acabou por colaborar e no final manifesta dor de 2 na Escala Numérica.

António – 15 anos – Extensão do fémur à esquerda, com tracção óssea

1º situação - Jovem sempre muito queixoso durante a prestação dos cuidados de higiene (manifesta sempre dor na ordem dos 5/ 6 na Escala Numérica), sendo pouco colaborante. Tinha sido administrada terapêutica prescrita a hora certa e procedeu-se a

contrato comportamental, pedindo a sua colaboração. Verbaliza dor de 2/ 3 na Escala Numérica.

2ª situação – Fez levante com a MFR, tendo-se administrado terapêutica prescrita em SOS sensivelmente 30 minutos antes da técnica Muito queixoso (dor de 7 na Escala Numérica) e não colaborante. Procedeu-se à distração com conversa e depois televisão. Acaba por se acalmar, caracterizando posteriormente a dor como 3 na Escala Numérica.

3ª situação – Teve de ser puncionado 1 acesso venoso. Deu-se informação prévia e fez-se colocação de 2 pensos de EMLA® de acordo com o protocolo. O procedimento decorreu sem incidentes e o jovem não referiu dor.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas em todas as situações.

Vicente – 6 anos – Fractura supracondiliana direita

Entra no serviço transferido do serviço de urgência. Tentou-se fazer história de colheita de dor com os pais, visto que a criança não colaborava com a equipa. Quando confrontada com a Escala de Faces, caracteriza a dor como 10.

Recorreu-se à imagem guiada e controlo respiratório, dado que ainda não tinha via para administração de terapêutica EV e tinha de manter jejum pré cirúrgico, explicando-se ao pai a utilidade das estratégias e incluindo-o na sua execução. Criança manifesta dor entre 2 e 4 na Escala de Faces. Pai extremamente receptivo e continuou com as estratégias até a criança entrar no Bloco Operatório.

Procedeu-se ao registo de todas as técnicas utilizadas.

Ricarda – 11 anos – Alongamento cubital

1º situação - Criança muito ansiosa. No início do turno começa com queixas de dor no local da tracção que classifica de 10 na Escala numérica. Foi administrada terapêutica EV prescrita e a SOS e procedeu-se a relaxamento mediante respiração abdominal e diafragmática. Explicou-se tanto à criança como à mãe e avó em que medida é q técnica era útil e eficaz, utilizando terminologia científica mas de fácil compreensão, apelando aos conhecimentos de anatomia da criança (perguntou-se o que tinha aprendido nas aulas de Ciências da Natureza). Fez-se o acompanhamento da respiração com a criança colocando, inicialmente, a mão sobre a sua “barriga”. Como se percebeu que não conseguia diminuir o seu ritmo respiratório, optou-se por se colocar a mão da própria criança sobre o abdómen da enfermeira para que se consciencializasse do ritmo que teria de adquirir. Mãe a avó participaram fazendo o mesmo. Juntou-se a imagem guiada. A criança acalmou progressivamente, adquirindo depois controlo do ritmo respiratório, sendo capaz de o manter autonomamente. Ao fim de 20 minutos, a criança refere dor 2 na escala numérica e ao fim de 30 minutos refere dor 0.

Foi feito ensino à mãe e avó e incentivou-se à utilização das estratégias aprendidas no domicílio. Ambas comentaram que, ao longo do internamento (ainda que curto), nunca tinham observado tantas melhorias de dor como desta vez, mesmo com a administração de todos os

analgésicos prescritos (em horário certo ou SOS) e que a criança nunca tinha verbalizado “não tenho dores nenhuma” como havia feito agora. Continuaram questionando acerca das técnicas e da sua aplicabilidade, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas. Tanto a mãe como a avó referem estar muito contentes com os resultados dado serem “milagrosos e que os enfermeiros deviam fazer estas técnicas mais vezes” (sic). Foi elogiada a colaboração de todos os intervenientes e a criança fica muito bem-disposta.

2ª situação – 2 dias após o episódio anterior, a Ricarda verbalizou que já há 2 dias que não tinha dores e que “quando a dor começa a vir, começo a respirar. Peço ajuda à mãe p/ respirar devagar senão respiro depressa demais e fico logo melhor!”.

Sara – 20 anos – Extração de material de osteossíntese

Jovem com antecedentes de depressão, medicada mas havia parado a medicação 2 dias antes, mais exactamente no primeiro dia de internamento. Sempre muito queixosa e pouco colaborante. Recusa com frequência fazer avaliação da dor, referindo que tem “dor e pronto! Não é preciso dizer de quanto!”. É-lhe constantemente administrada terapêutica analgésica.

Esta jovem estava internada na cama em frente à Ricarda e, ao observar o que tinha acontecido na 1ª situação, chamou e disse que também queria aprender. Naquele momento referiu que estava sem dor mas que “queria aprender para da próxima vez não doer tanto” pois costuma ter sempre dores tinha observado como a Ricarda tinha ficado melhor e tão calma. Foi questionada acerca das situações em que a dor estava presente e adequou-se o ensino: controlo do ciclo respiratório, imagem guiada e aplicação de calor e de frio. Explicou-se também a importância da avaliação da dor.

No episódio de dor que se seguiu, utilizou o controlo do ciclo respiratório, procedeu à classificação da dor de acordo com a escala numérica (valor de 5/ 6), tendo sido necessária a administração de apenas paracetamol EV. Após 30 minutos, refere dor 2 na Escala Numérica.

Silvânia – 12 anos – Displasia da anca

Criança dos PALOP internada no mesmo quarto da Ricarda e da Sara. Ao observar as outras situações, também começou a referir dor. Ao lhe ser mostrada a escala numérica, referiu dor 2. Foi feita então massagem nos membros superiores e costas e iniciou-se distração com livros. Após algum tempo, é questionada se a dor desapareceu e ela refere que sim. Fica a ler.

Raquel – Hidrocefalia – Drenagem ventriculoperitoneal

12 dias – Bebê agitada e sozinha. Faz leite adaptado, pelo que tem cólicas recorrentes. Na escala de NIPS, com valor 2. Embalou-se criança e falou-se de forma calma e pausada, repetindo expressões enquanto se massajava a cabeça com movimentos adaptados de “sol e lua” (movimento rotativo das mãos: uma no sentido dos ponteiros do relógio, outra no sentido anti-horário. Neste caso, usou-se só uma mão e fez-se no sentido dos ponteiros do relógio). A massagem abdominal facilita a libertação de gases, alivia a tensão muscular

resultante do choro e do stresse, promovendo um sono mais tranquilo visto induzir o relaxamento. A bebé fica mais calma, acabando por adormecer. Entretanto acordou e começou a chorar. Tendo percebido que não se tratava de dor, porque pela escala de NIPS alternava entre 0 e 1, foi feita uma aproximação de forma a haver uma manutenção no ângulo de visão da bebé e falou-se de forma calma e pausada, acariciando-a também, ficando a bebé mais calma.

20 dias – Bebé muito agitada com valor 1 na escala de NIPS. Induziu-se relaxamento mediante a utilização de voz calma e suave, falando pausadamente e repetindo expressões como em situações anteriores. Embalou-se por um período. Depois, deitou-se a bebé na cama e fez-se estimulação cutânea na face da bebé (deslizou-se o dedo pelo nariz repetidamente). Adormece.

Daniela – 4 anos – criança operada a pé boto, apresenta gesso pelvi-podálico

Criança muito queixosa e pouco colaborante durante a higiene (refere dor entre 4 e 6 quando confrontada com a Escala de Faces). O gesso precisava de reforço com Ortoban na base da coxa. Administrada terapêutica SOS 30 minutos antes da execução da técnica. Utilizada uma imagem guiada alterada, em que se questionou à criança se gostava de ir à praia e se pediu para descrever o que mais gostava, pedindo o máximo de detalhes possível. Enquanto se utilizava esta técnica, a criança deixa de se queixar, esquecendo-se mesmo que lhe estão a mexer e a manipular os membros inferiores e o gesso. No final aponta valor de 0 na Escala de Faces. Mãe ficou admirada com a eficácia da técnica.

Incentivada equipa de enfermagem a registar a estratégia utilizada no SAPE.

Mafalda – 2 anos – Osteotomia do fémur, com gesso pelvipodálico direito

Esta criança ia ser submetida a cirurgia no dia seguinte, pelo que tinha de se proceder ao corte do gesso e ao seu encerramento com ligaduras. Estava muito assustada, quer com o barulho da máquina de cortar o gesso, quer com a situação em si. A mãe referiu que o internamento anterior tinha sido muito difícil e a criança parecia estar saturada de andar com o gesso e ficar assim limitada na sua mobilização. Os próprios pais começaram a ficar muito ansiosos. Procurou-se acalmar os pais, explicando a importância de se manterem calmos ao pé da criança e questionou-se acerca do que os pais costumavam fazer quando a queriam distrair. Optou-se por brincar com a criança e com a sua boneca, mantendo o conforto (abraço) dos pais. A criança acaba por responder bem: fica aparentemente menos ansiosa (no entanto não deixou de o ficar), tornando-se mais colaborante, ajudando, inclusivamente a virar o corpo para melhorar o ângulo da máquina de cortar gesso.

Anexo VI - Documento para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, as suas necessidades de formação e a sua disponibilidade para saber mais sobre o tema

Chamo-me Leonor Gil, sou aluna do III Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e encontro-me a desenvolver o meu Projecto na área de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria. Esta é uma área em que o enfermeiro pode desenvolver intervenções autónomas, o pode contribuir para uma maior projecção e reconhecimento da profissão.

Para que consiga avaliar de forma correcta as necessidades de formação nesta área no seu serviço, peço-lhe que preencha o documento anexo. O sigilo será mantido, pelo que não é necessário identificar-se.

Muito obrigada pela sua ajuda!

Atenciosamente,

Leonor Gil

1. Sabe o que são Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

2. Da lista que se segue, por favor assinale as alíneas que reconhece como sendo Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor.

Imagem Guiada	<input type="checkbox"/>
Modelagem	<input type="checkbox"/>
Distracção	<input type="checkbox"/>
Relaxamento criativo	<input type="checkbox"/>
Brincadeira lúdica	<input type="checkbox"/>
Aplicação de calor ou frio	<input type="checkbox"/>
Negociação	<input type="checkbox"/>
Sucção não nutritiva	<input type="checkbox"/>
Massagem	<input type="checkbox"/>
Contrato comportamental	<input type="checkbox"/>
<i>Palming</i>	<input type="checkbox"/>
Controlo do ciclo respiratório	<input type="checkbox"/>
Outros _____	<input type="checkbox"/>

3. Costuma utilizar este tipo de estratégias durante a sua prática profissional?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>

4. Se respondeu “não” ou “às vezes” na questão anterior, por que razão não o faz?

Não tem tempo	<input type="checkbox"/>
Nem sempre se lembra	<input type="checkbox"/>
Não acredita na sua eficácia	<input type="checkbox"/>
Não acredita que tenha vantagens	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Se respondeu “outros”, por favor mencione quais _____

5. Da lista que se segue, por favor assinale as situações em que deve utilizar as Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor.

Quando vai realizar um penso de uma ferida cirúrgica

Quando a criança se queixa de dor

Quando vai efectuar uma punção venosa

Quando, após avaliação da dor utilizando a escala adequada à criança, o valor é igual ou superior a 4

Quando, após avaliação da dor utilizando a escala adequada à criança, o valor é igual ou inferior a 4

Quando vai retirar um dreno

Outra _____

Muito Obrigada!

Anexo VII – Resultados obtidos na aplicação do documento para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, as suas necessidades de formação e a sua disponibilidade para saber mais sobre o tema

Chamo-me Leonor Gil, sou aluna do III Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e encontro-me a desenvolver o meu Projecto na área de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria. Esta é uma área em que o enfermeiro pode desenvolver intervenções autónomas, o pode contribuir para uma maior projecção e reconhecimento da profissão.

Para que consiga avaliar de forma correcta as necessidades de formação nesta área no seu serviço, peço-lhe que preencha o documento anexo. O sigilo será mantido, pelo que não é necessário identificar-se.

Muito obrigada pela sua ajuda!

Atenciosamente,

Leonor Gil

1. Sabe o que são Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor?

Sim	16
Não	0

2. Da lista que se segue, por favor assinale as alíneas que reconhece como sendo Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor.

Imagem Guiada	8
Modelagem	3
Distracção	15
Relaxamento criativo	9
Brincadeira lúdica	15
Aplicação de calor ou frio	14
Negociação	7
Sucção não nutritiva	9
Massagem	13
Contrato comportamental	6
Palming	3
Controlo do ciclo respiratório	11
Outros _____	1

3. Costuma utilizar este tipo de estratégias durante a sua prática profissional?

Sim	8
Não	0
Às vezes	8

4. Se respondeu “não” ou “às vezes” na questão anterior, por que razão não o faz?

Não tem tempo	4
Nem sempre se lembra	4
Não acredita na sua eficácia	0
Não acredita que tenha vantagens	1
Outros	1

Se respondeu “outros”, por favor mencione quais

Refere que em situações de dor aguda usa estratégias não farmacológicas em conjunto com farmacológicas

5. Da lista que se segue, por favor assinale as situações em que deve utilizar as Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor.

Quando vai realizar um penso de uma ferida cirúrgica	9
Quando a criança se queixa de dor	12
Quando vai efectuar uma punção venosa	14
Quando, após avaliação da dor utilizando a escala adequada à criança, o valor é igual ou superior a 4	2
Quando, após avaliação da dor utilizando a escala adequada à criança, o valor é igual ou inferior a 4	9
Quando vai retirar um dreno	16
Outra _____	0

Muito Obrigada!

Conclui-se que:

1. Todos os enfermeiros do serviço dizem saber o que são estratégias não farmacológicas no controlo de dor;
2. Não reconhecem todas as estratégias apresentadas na questão 2 como sendo estratégias não farmacológicas no controlo de dor, o que leva a crer que têm algum desconhecimento na área. Para além disso, parece haver confusão na alínea “negociação” que, da lista apresentada, é a única que não faz parte do conjunto daquelas estratégias;
3. 50% dos enfermeiros dizem utilizar estas estratégias durante a sua prática profissional, enquanto que os restantes 50% alegam que só as utilizam “às vezes”;
4. Dos enfermeiros que responderam “às vezes”, houve 3 elementos que deram respostas duplas. Assim, 25% das respostas recaem sobre “não tem tempo”, 25% sobre “nem sempre se lembra”, 6,25% sobre “não acredita que tenha vantagens” e 6,25% sobre “outros”, em que nesta alínea a resposta foi que “em situações de dor aguda usa estratégias não farmacológicas em conjunto com farmacológicas”;
5. Quanto à última questão, pode-se concluir que existe algum desconhecimento relativamente aos casos em que se devem aplicar as estratégias não farmacológicas no controlo de dor, dado que todas as alíneas eram correctas excepto a 4ª alínea (“Quando, após avaliação da dor utilizando a escala adequada à criança, o valor é igual ou superior a 4”).



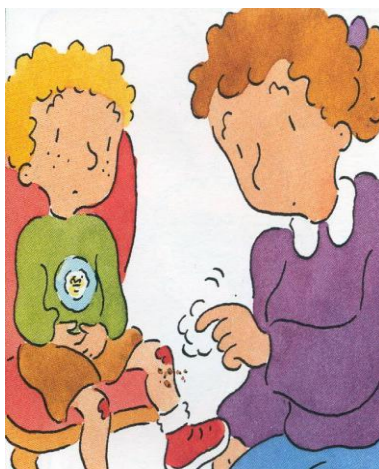
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Centro Hospitalar de Lisboa Centro, Pólo Hospital D. Estefânia

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Pediatria



Aluna: Maria Leonor de Oliveira Gil

Enf. Orientadora: Sr.^a Enfermeira Anabela Glória

Sob a orientação tutorial: Sr.^a Professora Rosa Alexandre

Lisboa

Outubro/ Novembro, 2010

*“É necessário muito pouco para provocar um sorriso
e basta um sorriso para tudo se tornar possível”*

Gilbert Cesbron

ABREVIATURAS

cm² – centímetro quadrado

D. – Dona

Etc. - *etecetra*

Fig. - Figura

Kg - quilograma

mg – miligrama

ml – mililitro

ml/ kg – mililitro por quilograma

mmHg – milímetros de mercúrio

n.º - número

vs - *versus*

SIGLAS

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Centro

EMLA - Eutetic Mixture of Local Anesthetics

EV – endovenoso

HDE – Hospital Dona Estefânia

IM - intramuscular

RN – recém-nascido

PO – *per os*

SC – subcutâneo

SNG – sonda nasogástrica

SV – Sinal Vital

TA – Tensão Arterial

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

Sumário

OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS	8
0. INTRODUÇÃO	9
1. O MECANISMO DA DOR	10
2. REACÇÃO DA CRIANÇA À DOR DE ACORDO COM OS ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO	12
2.1. O LACTENTE (0 – 12 MESES). FASE ORAL - CONFIANÇA vs DESCONFIANÇA	13
2.2. O TODDLER (1 – 3 ANOS). FASE ANAL – AUTONOMIA vs DÚVIDA E VERGONHA	14
2.3. O PRÉ-ESCOLAR (3 – 5/ 6 ANOS). FASE FÁLICA – INICIATIVA vs CULPA 15	
2.4. A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR (6 – 12 ANOS). FASE LATÊNCIA – INDÚSTRIA vs INFERIORIDADE	16
2.5. O ADOLESCENTE (12 – 18 ANOS). FASE GENITAL - IDENTIDADE vs CONFUSÃO DE PAPÉIS	17
3. AVALIAÇÃO DA DOR	18
3.1. ESCALAS DE AUTO AVALIAÇÃO	20
3.1.1. Escala das Faces de WONG e BAKER (7).....	20
3.1.2. Escala Numérica (7).....	21
3.2. ESCALAS DE HETERO-AVALIAÇÃO	21
3.2.1. Comportamental NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>) (escala para avaliação de dor no RN) (7).....	22
3.2.2. FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>).....	22
3.2.3. OPS (<i>Objective Pain Scale</i>).....	23
3.2.4. DESS (<i>Doleur Enfant San Salvador</i>).....	24
4. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR	28
4.1. O QUE SÃO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR?	28
4.2. QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES EM QUE DEVO UTILIZAR ESTE TIPO DE INTERVENÇÃO?	28
4.3. E QUANDO É QUE DEVO USAR ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS EM CONJUNTO COM AS NÃO FARMACOLÓGICAS?	28
4.4. QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS QUE MAIS FACILMENTE POSSO UTILIZAR DURANTE A MINHA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?	29
4.4.1. Reforço positivo.....	30

4.4.2.	Estratégias de confronto	30
4.4.3.	Relaxamento criativo	31
4.4.4.	Controlo do ciclo respiratório	31
4.4.5.	Contração e descontração progressiva dos membros	32
4.4.6.	Imagem guiada	33
4.4.7.	Modelagem e dramatização	33
4.4.8.	Distracção e brincadeira	34
4.4.9.	Contrato comportamental	35
4.4.10.	Aplicação de calor e de frio	35
4.4.11.	Massagem e <i>palming</i>	36
4.5.	ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS	36
4.5.1.	O EMLA	37
4.5.2.	A sacarose oral	40
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
	ANEXOS	47
	Anexo 1 – Dicionário de termos para crianças	48
	Anexo 2 – Impressos de colheita da História de Dor	50
	Anexo 3 – Formulário para registo de SV	54

SEQUÊNCIA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Dose máxima por administração.....	38
Tabela 2- Dose máxima por administração.....	42

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

	Pág.
Fig. 1 – Imagem auxiliar na entrevista à criança entre os 3 e os 8 anos de idade.....	19
Fig. 2 – Régua de escala das Faces em uso no CHLC – Pólo HDE.....	20
Fig. 3 – Régua de escala numérica em uso no CHLC – Pólo HDE.....	21
Fig. 4 – Guião da escala comportamental NIPS em uso no CHLC – Pólo HDE.....	22
Fig. 5 – Guião da escala comportamental FLACC em uso no CHLC – Pólo HDE.....	23
Fig. 6 – Guião da escala comportamental OPS em uso no CHLC – Pólo HDE.....	23
Fig. 7- Dossier de base da DESS em uso no CHLC – Pólo HDE.....	25
Fig. 8- Guião da escala DESS (<i>Doleur Enfant San Salvador</i>) em uso no CHLC – Pólo HDE.....	26
Fig. 9 - Penso EMLA a 5% - 1 g.....	37
Fig. 10 - Creme EMLA a 5% - 5 g.....	37
Fig. 11 – 0,5 g = 0,5 ml = 1/10 bisnaga; 1g = 1 penso = 1/5 bisnaga.....	38
Fig. 12 – Como ocluir EMLA creme.....	38
Fig. 13 – Unidose de sucrose.....	40
Fig. 14 – Distribuição das papilas gustativas na língua.....	41

OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

Com este manual pretende-se que o leitor:

- ✓ Consiga explicar o mecanismo da dor;
- ✓ Distinga as reacções da criança à dor de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento infantil;
- ✓ Diferencie os momentos de utilização das escalas de dor em vigor no CHLC – Pólo HDE;
- ✓ Descreva as estratégias não farmacológicas apresentadas;
- ✓ Identifique quais as estratégias farmacológicas mais adequadas a cada criança de acordo com a sua fase de desenvolvimento;
- ✓ Utilize as estratégias farmacológicas mais adequadas a cada criança de acordo com a sua fase de desenvolvimento ao longo da sua prestação de cuidados.

0. INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. A sua avaliação e tratamento permite que seja um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados. A DGS refere que *“a Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”* e que *“o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”* (1). Constitui, desta forma, uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde.

A preocupação pela dor da criança em particular começou a assumir importância no final do século XX, altura em que começam a surgir os primeiros estudos que relatam diferenças entre o tratamento da dor em crianças e adultos em condições semelhantes (2). Contemporaneamente, apesar de o conhecimento acerca da sua epidemiologia nas crianças ainda não ser amplo, existe uma maior preocupação em avaliar e controlar a dor na criança. A eficácia do controlo da dor implica trabalho multidisciplinar, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que, para poderem ser promovidas, a dor tem de ser *“alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de actividade como um outro sinal vital”* (2). O próprio Guia Orientador de Boas Práticas para a Dor prevê a utilização de Intervenções Não Farmacológicas (3). Mas, de acordo com Batalha, *“o mais sério desafio que se coloca em relação a este problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde”* (2)... Cabe a cada profissional manter uma formação contínua e inteirar-se acerca dos recursos e estratégias ao seu alcance de modo a efectuar um tratamento diferenciado da dor, como preconizado no Programa Nacional de Controlo da Dor (4).

Este manual está dividido em 5 capítulos principais. Para que consiga compreender o porquê da eficácia das estratégias não farmacológicas no controlo de dor, explico-lhe o mecanismo de dor de acordo com a Teoria do Portão de Melzac e Wall. De seguida, no capítulo 2, apresento-lhe esquematicamente as reacções da criança à dor de acordo com os estádios de desenvolvimento, bem como procedimentos base e respectiva justificação que deverá ter durante a prestação de cuidados. No capítulo 3, encontrará as escalas de hetero e auto-avaliação em vigor no Pólo HDE, juntamente com breves explicações das idades que cada está mais adequada e como as deverá utilizar. É no capítulo 4 que entramos nas estratégias não farmacológicas propriamente ditas. Aqui ficará a saber não só o que são, em que situações as deverá utilizar, quando as deverá usar em conjunto com as não farmacológicas e aquelas que poderá usar mais facilmente na sua prática de cuidados como também uma explicação acerca das particularidades do EMLA e da sacarose. Finalmente, no capítulo 5, faço algumas considerações finais.

Boa leitura!

I. O MECANISMO DA DOR

A *International Association for the Study of Pain*, citada por Batalha define a dor como sendo “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial e associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”. O autor considera que a definição descreve a dor como experiência individual e subjectiva, encerrando dois elementos indissociáveis: o sensorial – “determinado neurofisiologicamente” – e o emocional – “baseado no estado afectivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e inúmeros outros factores de ordem pessoal, cultural e espiritual, que requerem aprendizagem desde muito cedo na vida” (2). Saber como a dor na criança pode ser influenciada auxilia os profissionais de saúde a efectuar a uma avaliação e implementação de estratégias de tratamento eficazes.

Batalha refere que têm sido debatidas várias teorias na tentativa de explicar o fenómeno da dor mas a Teoria do Portão ou *Gate Control Theory* (GCT), proposta por Melzack e Wall em 1965, é a que consegue explicá-lo de uma forma mais abrangente. Concebe a existência de uma estrutura neuronal – porta ou portão – que deixa ou não passar os impulsos eléctricos desde as fibras aferentes primárias até ao Sistema Nervoso Central (SNC). O portão abre ou fecha de acordo com o equilíbrio entre a actividade das vias aferentes primárias (fibras A β e A δ , C) e as vias descendentes do cérebro. Se actuarem as substâncias neurotransmissoras de excitação (a mais conhecida é a substância P) o portão abre; fecha mediante a libertação de substâncias neurotransmissoras de inibição. Quando o volume de informação que atravessa o portão excede um determinado nível crítico dá-se a activação de zonas neuronais responsáveis pela dor e sua reacção. A libertação de substâncias excitatórias deve-se às fibras A δ e C e as de inibição às A β . Estas últimas são estimuladas pela massagem, calor ou estimulação nervosa transcutânea de baixa intensidade e, ao libertarem neurotransmissores de inibição, levam ao encerramento do portão, impedindo a passagem de impulsos eléctricos para o cérebro. Se dominar a acção das fibras A δ e C, há libertação de substâncias excitatórias, levando à dor. No entanto, mesmo numa condição em que a acção das fibras A δ e C seja superior, o portão pode ser fechado pela acção das vias descendentes (actuam desde os centros corticais superiores através das vias nervosas de controlo descendente). Neste caso, há libertação de opiáceos endógenos, sendo os principais grupos as endorfinas, as encefalinas e as dimorfinas. Estas substâncias inibem a produção da substância P, o que explica o efeito terapêutico no alívio da dor de actividades como a diversão, distração, concentração, aconselhamento ou mesmo do efeito placebo. «A memória de experiências passadas, atenção e emoção podem influenciar a percepção e a reacção (...) à dor. Cada pessoa, ao ser única na sua identidade anatómica, fisiológica, psicológica, social e cultural, tem uma experiência subjectiva da dor. (...) O controlo mental feito através de factores ambientais e sociais conduz à “abertura ou fecho do portão”, pela influência que exercem nos processos fisiológicos» (2). Nesta perspectiva, o conhecimento da história de dor de cada criança (incluindo estratégias de *coping* que utiliza) é importante para que se consiga planear estratégias adequadas. Por outro lado, a “influência da

idade na percepção modulação e manifestações da dor estão intimamente relacionadas” (2). De recordar que a criança difere do adultos em aspectos “anatômicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos”, levando a uma percepção da dor mais intensa e que pode ser mais ou menos superada de acordo com a mudança da sua neuroplasticidade em função de estímulos internos e externos (2).

Assim se explica rapidamente a funcionalidade das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor...

2. REACÇÃO DA CRIANÇA À DOR DE ACORDO COM OS ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO

De forma a poder adequar as estratégias não farmacológicas (e farmacológicas também) disponíveis e acessíveis que irá utilizar a cada criança/ adolescente, tem de ter em conta não só o seu estágio de desenvolvimento como a personalidade da própria criança/ adolescente.


É importante estabelecer uma relação de confiança com a criança/ adolescente, ajudá-la a sentir-se segura no momento em que for submetida ao procedimento e que tanto ela como a família são importantes para si, profissional de saúde. Para isso, é importante procurar diminuir o medo e ajudar a libertar a tensão antes, durante e após o procedimento, procurando oferecer recursos que facilitem a noção e a comunicação da experiência de modo a que a criança consiga também expressar, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, as emoções resultantes da conjuntura. Por fim, o ideal será que se consiga fazer com que a experiência seja o mais traumática possível, transformando-a essencialmente numa experiência construtiva que constitua um momento de crescimento não só para a criança/ adolescente como para a sua família.

Como forma de o ajudar, apresento-lhe aqui, de forma esquemática e segundo Whaley e Wong (5), Hockenberry (6) e Batalha (2), as reacções da criança à dor, procurando estabelecer uma relação com o seu estágio de desenvolvimento psicossocial e com as medidas base que poderá adoptar.


2.1. O LACTENTE (0 – 12 MESES). FASE ORAL - CONFIANÇA vs DESCONFIANÇA

Desenvolvimento psicossocial	Reacção à dor	Procedimentos base	Justificação dos procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> • É a fase em que aprende (ou não) a confiar nas pessoas que cuidam dele e lhe satisfazem as necessidades básicas (alimentação, higiene e conforto e segurança); • A segurança transmitida pelos pais permite adquirir uma confiança em relação ao que o rodeia; • É sensível ao contacto corporal, principalmente ao toque; • A presença dos pais/ pessoa significativa é, geralmente uma fonte de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Choro alto; • Movimentos corporais generalizados que podem envolver rigidez e/ ou agitação com flexão e extensão dos membros; • Resistência física, sendo normal afastar a área estimulada e empurrar o estímulo para longe depois de ser aplicado; • Expressão facial de dor – sobrancelhas baixas e aproximadas, com um sulco entre elas devido ao franzir a testa, olhos cerrados, abertura das fossas nasais e boca aberta, que adquire uma forma mais ou menos quadrada, com sulcos labiais marcados; • Procura pelos pais com os olhos e evita ou rejeita o contacto com estranhos. <div data-bbox="748 978 1032 1169" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="654 1209 1120 1313">Atenção! O lactente entre os seis e os três meses já tem capacidade de memorização da experiência dolorosa!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o grau de ansiedade dos pais/ pessoa significativa e envolva-os nos cuidados, respeitando o seu ritmo; • Coloque o bebé numa posição em que lhe seja possível ouvir o coração da mãe/ pessoa significativa e sentir o seu cheiro (se possível, deixar que fique ao colo durante o procedimento); • Se tal não for possível, mantenha os pais dentro do ângulo de visão do bebé; • Use voz, gestos e movimentos calmos, suaves, delicados e pausados; • Permita que o bebé use a chucha ou dar-lhe um brinquedo colorido ou que emita som, de preferência que tenha significado para ela; • Permita que o bebé tenha junto de si objectos significativos como a chucha, a fraldinha de pano ou o “ó-ó”; • Permita que as rotinas sejam mantidas o máximo possível; • Acaricie-o, embale-o, cante, massage-o... 	<ul style="list-style-type: none"> • O bebé sente a ansiedade dos pais/ pessoa significativa e tal pode influenciar a sua reacção, interferindo no resultado; • Estimulam o processo de vinculação; • Incluem os pais/ pessoa significativa nos cuidados; • Proporcionam ambiente seguro, tranquilizam; • Diminuem a percepção de dor e aumentam a sensação de conforto, acalmam o bebé; • O bebé precisa de tempo para aceitar a presença do enfermeiro (é nesta fase que surge a ansiedade aos estranhos).


2.2. O TODDLER (1 – 3 ANOS). FASE ANAL – AUTONOMIA vs DÚVIDA E VERGONHA

Desenvolvimento psicossocial	Reacção à dor	Procedimentos base	Justificação dos procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Aprende por observação e imitação dos outros; • É a fase egocêntrica. Descobre como ser auto-suficiente ou duvida das suas capacidades para a execução das suas actividades, adquirindo sentido de controlo; • Já fala mas apenas compreende instruções relativamente simples; • É importante dar instruções simples, procurando manter um ambiente tranquilo e sem elementos que aparentem ameaça; • Responde de forma positiva ao contacto corporal. No entanto, não gosta de ser contida ou que lhe restrinjam os movimentos; • Expressa os seus sentimentos, medos e fantasias através do brincar. Isto é, expressa-se com mais facilidade através de uma figura ou objecto, integrados numa estória ou brincadeira, ao invés de responder directamente a uma pergunta; • Podem sentir mais ansiedade se os pais não estiverem presentes durante um procedimento doloroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chora alto, grita; • Expressão facial de dor ou raiva (as características são idênticas às do lactente mas com os olhos abertos) e cerra os dentes; • Pode ficar irrequieta e irritável, podendo apresentar resistência e até mesmo comportamentos agressivos (morder, bater, fugir, etc.), afastando deliberadamente a área estimulada; • Utiliza palavras para verbalizar a dor (ui, ai, dói...); • Apresenta resistência física, tentando afastar o estímulo doloroso para longe; • Não coopera, pelo que é necessária contenção física. <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Deve abordar a criança de forma calma e gradual; • Os pais/ pessoa significativa deverão estar presentes (após avaliação do grau de ansiedade dos mesmos); • Explique o que vai fazer recorrendo a palavras simples e frases curtas. É importante dar uma razão simples e honesta para a realização do procedimento, direccionando-a para uma necessidade específica da criança; • Procure brincar durante o procedimento; • Deve abordar a criança de forma firme e segura; • Aja de forma a que a criança sinta que participa no procedimento; • Reforce os comportamentos positivos com recompensa; • Coloque um penso no local; • Permita que as rotinas sejam mantidas o máximo possível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assim a criança não se assusta; • É importante a participação dos pais/ pessoa significativa nos cuidados; • Conferem segurança à criança, o que constitui uma medida de protecção para si própria; • Nesta idade obedece a instruções/ ordens mais simples; • Como é uma fase egocêntrica, a criança apenas se interessa com o que lhe vai acontecer a ela própria; • A criança expressa-se através do brincar e das estórias; • A criança sente que os seus sentimentos são aceites; • A criança tem orgulho nas suas realizações, pelo que é importante mostrar aos outros como foi corajosa.


2.3. O PRÉ-ESCOLAR (3 – 5/ 6 ANOS). FASE FÁLICA – INICIATIVA vs CULPA

Desenvolvimento psicossocial	Reacção à dor	Procedimentos base	Justificação dos procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Ainda não tem pensamento abstracto nem compreendem o conceito de causa-efeito (não consegue perceber como é que uma coisa que o faz sofrer o vai fazer ficar melhor), tudo é concreto e directo; • Procura tarefas de maior responsabilidade e ultrapassar os limites impostos; • Através da imaginação, executa tarefas que lhe permitam atingir os seus objectivos pessoais; • Mistura factos reais com ficção. Por isso, têm pensamentos mágicos em relação à dor; • Tem medo da mutilação apesar de o seu conceito de imagem corporal ainda estar pouco desenvolvido; • Acredita na dor como sendo punição por alguma coisa que fez de mal; • Precisa de sentir que tem controlo na situação; • Reage de forma positiva a palavras e atitudes que tenham em conta o seu pensamento mágico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chora alto, grita; • Tem medo das lesões corporais e acredita que quanto maior for a quantidade de sangue, maior é a “ferida”; • Já utiliza a linguagem para exprimir a dor, apesar de ser a um nível concreto e sensorial. Utiliza expressões do tipo “ai!, isso dói!”; • Reage com agressão verbal e/ ou física (“odeio-te”, “sai daqui”) • Não coopera, agita os braços e as pernas, pelo que pode ser necessária a contenção física; • Procura afastar o estímulo doloroso para longe antes de ser aplicado; • Procura atrasar procedimentos dolorosos ou desconfortáveis (“Não! Espera! Eu porto-me bem!”); • Pede para parar procedimentos; • Tende a culpar outros pela própria dor; • Procura apoio emocional e consolo físico (abraços, colo...). Agarra-se aos pais/ pessoa significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explique o procedimento pouco tempo antes de o executar, utilizando linguagem simples. Tente não recorrer a expressões que possam ser mal interpretadas pela criança como por exemplo “uma picada de mosquito” (anexo I); • Diga-lhe concretamente o que pode ou não fazer (“podes chorar mas não podes fugir com a mão”); • Recorra a brinquedos ou histórias para explicar o que vai fazer (ou deixe que a criança dramatize a situação); • Clarifique o porquê de cada procedimento e que não é interpretado como um castigo, centrando a comunicação na criança; • “Esconda” a “ferida”, coloque um penso no local; • Procure envolver a criança na avaliação e tratamento. Elogie os comportamentos que facilitaram a realização do procedimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • A criança não deverá ter tempo para desenvolver fantasias acerca do que lhe é explicado; • A criança é capaz de perceber explicações simples; • A criança coopera melhor se for envolvido no procedimento; • Aumentam a sua capacidade de enfrentar a situação e assim cooperar e aprender; • Permitem à criança expressar o que pensa e sente, o que dá ao profissional a oportunidade de corrigir conceitos errados no que respeita ao procedimento; • Como a criança só compreende o que se passa consigo própria, não adianta dar exemplos de comportamentos de outras crianças para a levar a colaborar; • É nesta fase que a criança desenvolve a noção de castigo; • “Esconder” a “ferida” vai preservar no seu pensamento a imagem de integridade corporal e não tenha medo da perda de “bocados” do seu corpo; • Conferem segurança e apoio; • A criança sente prazer nas suas realizações.

2.4. A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR (6 – 12 ANOS). FASE LATÊNCIA – INDÚSTRIA vs INFERIORIDADE

Desenvolvimento psicossocial	Reacção à dor	Procedimentos base	Justificação dos procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> • É a fase em que tem como objectivo o desenvolvimento de competências. Por isso, aprende com entusiasmo; • Se conseguir atingir os seus objectivos, sente-se competente e produtiva. Se tal não acontecer, sente-se inferior e insegura; • Já tem raciocínio lógico mas para as coisas concretas. Compreende a noção de tempo; • Já relaciona causas com efeitos; • Preocupa-se mais com a incapacidade, mutilação e com a possibilidade de morte do que com a dor propriamente dita; • Não quer saber só se o procedimento irá provocar dor. Quer também saber para que serve, em que medida a vai fazer melhorar e o que poderá acontecer se não o realizarem; • Gosta da sua privacidade e é muito sensível a questões como a mentira. Por isso, é muito importante ser honesto para manter a sua confiança; • Gosta de ser elogiado e de se sentir cooperante nas situações. Já consegue adiar a gratificação; • Confia mais nos seus próprios recursos de <i>coping</i> auto-iniciados do que nos pais. Adopta com frequência comportamento ritualista como mecanismo de adaptação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguem-se observar todos os comportamentos da criança pequena, particularmente durante o procedimento doloroso propriamente dito, apesar de tal não ser frequente acontecer no período que o antecede: rigidez muscular, com os punhos cerrados, articulações dos dedos pálidas, dentes cerrados, membros contraídos, olhos fechados, testa franzida; • Adopta um comportamento de evasão (“espera um minuto”, “ainda não estou pronto”); • Prefere participar no procedimento ou então distancia-se, não querendo olhar. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifique todos os procedimentos usando terminologia científica correcta. Pode, inclusivamente, utilizar desenhos simples de anatomia e fisiologia e explique sempre a utilidade do equipamento. • Dê informação específica sobre as partes do corpo envolvidas sobre as não envolvidas; • Explique à criança o que pode fazer para ajudar e elogie sempre a sua colaboração; • Permita que tenha a responsabilidade de executar tarefas simples (segurar o adesivo, por exemplo); • Converse calmamente com a criança sobre o procedimento antes e após o mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A criança é agora capaz de pensar de uma forma lógica e começa a compreender as funções do corpo; • Interessa-se pela integridade do seu corpo e tem medo da mutilação ou alterações na sua aparência; • Conversar com a criança sobre o que sente ajuda-a a lidar com a ansiedade; • Conferem segurança e apoio.

2.5. O ADOLESCENTE (12 – 18 ANOS). FASE GENITAL - IDENTIDADE vs CONFUSÃO DE PAPÉIS

Desenvolvimento psicossocial	Reacção à dor	Procedimentos base	Justificação dos procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> • É a fase em que estabelece uma identidade própria. É agora que se dão grandes alterações físicas, psicológicas e sociais, havendo uma enorme insegurança relativamente às suas atitudes e responsabilidades futuras; • Compreende conceitos abstractos; • Tem medo de perder o controlo durante a experiência dolorosa (atenção porque pode não demonstrar comportamentos indicativos de dor por vergonha); • Preocupa-se com a sua privacidade; • É muito atento e sensível no que toca à sua imagem corporal; • Tem um sentimento de onnipotência (nada os magoa, o que pode levar a incumprimento dos tratamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Procura reagir com auto-controlo aos procedimentos, podendo ter relutância em verbalizar a dor; • Tem menos actividade motora (pode adoptar, inclusivamente, posição fetal) e menos protesto verbal. No entanto, tem mais expressões verbais descritivas de dor (“estás-me a magoar”); • Maior tensão muscular e controlo corporal (os punhos poderão estar firmemente fechados, por exemplo); • Palidez e ar assustado; • A expressão facial pode não ser um elemento fiável para avaliar a dor devido à aprendizagem social acerca da aceitação do comportamento doloroso; • Acredita que os profissionais de saúde sabem quando é necessária terapia farmacológica analgésica, pelo que é normal não a pedir. <div data-bbox="772 1104 1030 1316" style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Dê o máximo de informação possível sobre o procedimento que vai efectuar e explique de que forma é que o adolescente poderá colaborar; • Converse com o adolescente de forma a compreender as suas preocupações reais, principalmente se o procedimento implicar alteração da sua imagem e/ ou integridade corporal; • Proporcione privacidade durante a execução do procedimento e, se possível, possibilite escolhas a respeito do mesmo; • Deixe que seja o adolescente a escolher se quer ou não a presença dos pais/ pessoa significativa durante o procedimento; • Tenha em atenção a privacidade e a necessidade de controlo do adolescente. Tenha-as em atenção quando delinear o plano de cuidados; • Inclua-o na elaboração do seu próprio plano de cuidados; • Ensine-lhe técnicas para manter o controlo durante os procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de ser capaz de ter pensamento lógico e abstracto, o adolescente também tem algum egocentrismo, especialmente se estiver sob stress; • O adolescente valoriza os conceitos de imagem corporal e auto-estima e ficará tranquilo e colaborante se sentir que não corre risco de não ser aceite pelo seu grupo; • O jovem precisa de sentir que mantém o controlo sobre a situação.

3. AVALIAÇÃO DA DOR

Surtem dois conceitos que importa clarificar: avaliar e medir a dor. Segundo Batalha, avaliar a dor “*implica descobrir a natureza e o significado da resposta dolorosa (...), que estímulos a provocam, factores agravantes, os seus efeitos na vida diária, respostas à dor (fisiológicas, comportamentais), padrões de coping, tipo de dor, localização e intensidade*”. Continua referindo que “*medir refere-se apenas (...) à sua dimensão sensorial. A sua quantificação faz-se através de escalas que medem a variabilidade das respostas à dor ou o auto-relato da criança, sem considerar outros factores de experiência dolorosa*” mas que a avaliação da dor abarca “*a identificação de um estado doloroso nos seus mais variados aspectos e a sua quantificação, ou seja, para avaliar é preciso medir*” (2).

A dor, como já se referiu, “*é uma experiência subjectiva, complexa, multidimensional, única e dinâmica. (...) A percepção e a expressão de dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa*” (1). Por isso, o tratamento e alívio da dor requerem uma vigilância e cuidados individualizados e “*a avaliação e o registo sistemático do 5º Sinal Vital são indispensáveis para um controlo eficaz*” (1).

Saber quantificar a dor é o primeiro passo para o seu correcto tratamento! (2)

O Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros (3) refere que a dor deve ser avaliada “*de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ ou de acordo com os protocolos instituídos*”. Considera que a colheita da história de dor é importante na medida em que contém informações quanto às várias dimensões da dor, nomeadamente:

- “*A qualidade*” – as palavras e expressões utilizadas pela pessoa para caracterizar a dor;
- “*A cronologia* – *permite conhecer a evolução e o padrão da dor (como se inicia e como evolui ao longo do tempo, que tipo de dor, quais os factores de alívio e/ ou de agravamento da dor)*” (7);
- “*A localização*”;
- “*A intensidade* – *obtida com a utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor*”.

O CHLC preconiza que a colheita da história de dor deverá ser feita e registada mediante os impressos próprios que constam no Anexo 2. Aqui encontrará:

- ✓ Um impresso dirigido aos pais/ pessoa significativa (a usar com pais/ pessoa significativa de crianças com menos de 5 anos de idade ou com mais de 5 anos de idade se for difícil colher a história de dor com a criança);
- ✓ Um impresso dirigido à criança (a usar com crianças com mais de 5 anos, em simultâneo com o dos pais/ pessoa significativa nas crianças dos 3 aos 5 anos e com mais de 5 anos se for difícil colher a história de dor com a criança);
- ✓ Um impresso dirigido ao adolescente.

Nas crianças entre os 3 e os 8 anos, deverá recorrer também à imagem da Fig. 1, solicitando à criança que descreva o que lá observa e, “a partir da história que constrói, identifique as experiências dolorosas anteriores e as diferentes intensidades de dor, de modo a facilitar o treino e a compreensão da Escala das Faces ou Numérica” (7).



Fig. 1 – Imagem auxiliar na entrevista à criança entre os 3 e os 8 anos de idade (utilizado no Pólo HDE)

Assim sendo, o CHLC tem um protocolo para avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital (7) e o registo da intensidade da dor deverá ser efectuado nas folhas de registo dos SV (anexo 3).

Como já se referiu, a dor deverá ser avaliada de forma regular e sistemática. O protocolo específica que deverá ser registada:

- No internamento
 - ☐ Pelo menos 1 vez por turno, se a intensidade for ≤ 3 (dor controlada);
 - ☐ De 4/ 4 horas ou 2 vezes por turno, ou sempre que necessário, se intensidade ≥ 4 (não controlada e/ ou não tratada)

Tenha em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico!

- ☐ Após o analgésico, 1 hora após se terapêutica PO ou rectal; ½ hora após se terapêutica EV
- ☐ No momento da alta (permite estabelecer um plano de controlo de dor no domicílio).
- No pós operatório
 - ☐ Ao acordar/ despertar da anestesia;
 - ☐ Nas primeiras 2 horas, de ½ em ½ hora;
 - ☐ Ao iniciar líquidos;
 - ☐ Se intensidade ≤ 3 , de 8 em 8 horas;
 - ☐ Se intensidade ≥ 4 e ≤ 10 de 4 em 4 horas ou em SOS.
- Na realização de procedimentos (punção venosa, penso de CVC e de ferida, colocação de tracções cutâneas, etc.)
 - ☐ No momento do procedimento;
 - ☐ 5 minutos após o procedimento.

Registe sempre as estratégias farmacológicas e as não farmacológicas utilizadas nos procedimentos!

Estabelece como instrumentos para a auto-avaliação da dor na criança/ adolescente a Escala de Faces de Wong e Baker e a Escala Numérica e para a hetero-avaliação a NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), a OPS (*Objective Pain Scale*) e a DESS (*Doleur Enfant San Salvador*). Deverá ser mantida a mesma escala de intensidade ao longo de todo o tempo em que se prestar assistência à criança/ adolescente, “*excepto se as suas capacidades cognitivas se modificarem, de forma a possibilitar a comparabilidade e a evolução da intensidade de dor (exemplo: numa criança com 6 anos ao acordar de anestesia utilize uma escala de hetero-avaliação, quando bem orientada, use a Escala de Faces)*” (7).

A auto-avaliação na criança poderá ser utilizada a partir dos 3 anos, inclusive, quando quantificada com as escalas de Faces ou Numérica.

3.1. ESCALAS DE AUTO AVALIAÇÃO

É importante ter a certeza que a criança/ adolescente percebeu como se utiliza as escala antes de apontar a face ou o número que corresponde à sua dor naquele momento. No entanto, “*a quantificação exacta da dor está (...) dependente do conhecimento prévio da escala (...) pelo que se exige um ensino prévio numa situação reconhecidamente de não dor ou stress*” (2). Por isso, a história de dor, apoiada na imagem apresentada na Fig. 1, é de extrema importância pois é também o momento ideal para que a criança/ adolescente tome conhecimento de como poderá utilizar as escalas de auto-avaliação.

3.1.1. Escala das Faces de WONG e BAKER (7)

É uma escala de auto avaliação que permite às crianças utilizarem as suas capacidades sensoriais e cognitivas, constituindo um instrumento de fácil compreensão para a criança. Por isso, é utilizada em crianças a partir dos 3 anos e tem vindo a ser utilizada até aos 18 anos e por vezes até mesmo em idade adulta. No entanto, no CHLC, pólo HDE, a sua utilização foi estipulada dos 3 aos 7 anos. É composta por seis faces, como pode observar na Fig. 2 (pode também observar a legenda correspondente a cada face).



Fig. 2 – Régua de escala das Faces em uso no CHLC
(utilizado no Pólo HDE)

A criança escolhe a face que mais se adequa à dor que sente naquele momento e o valor obtido pela legenda representa a pontuação da dor da criança.

A partir da pontuação 6 é imperativo a chamada do médico por a dor não estar controlada!

3.1.2. Escala Numérica (7)

A utilização desta escala depende da habilidade da criança para contar e, também da sua preferência. É utilizada normalmente em crianças com mais de 8 anos até à idade adulta, inclusive (embora possa ser utilizada em crianças mais pequenas desde que saibam contar).

A amplitude da escala varia entre 0 e 10:

- 0 – sem dor;
- 1 – 3 – dor ligeira;
- 4 – 6 – dor moderada;
- 7 – 10 – dor severa.

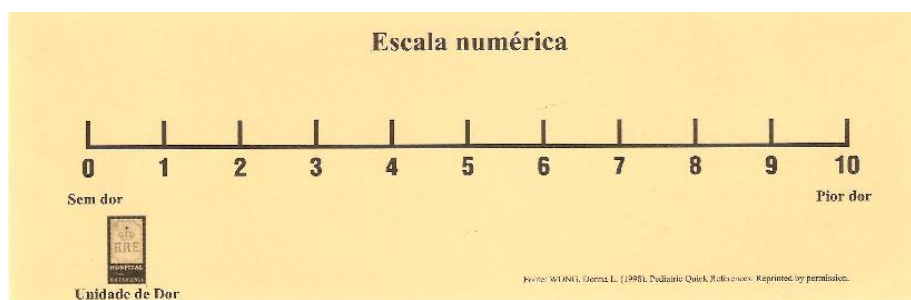


Fig. 3 – Régua de escala numérica em uso no CHLC – Pólo HDE
(utilizado no Pólo HDE)

É importante explicar à criança/ adolescente que o 0 corresponde a quando não sente dor, enquanto que o outro lado da linha significa que a dor é tão grande que é pior dor imaginável. Assim, os números de 1 a 9 vão desde uma dor “pequenina” até uma dor muito grande. A criança/ adolescente analisa a escala e atribui um número à intensidade da sua dor naquele momento.

A partir da pontuação 7 é imperativo a chamada do médico por a dor não estar controlada!

3.2. ESCALAS DE HETERO-AVALIAÇÃO

Este tipo de escalas é utilizado quando a criança não é capaz de avaliar a sua dor. Consiste numa observação de vários parâmetros, consoante a escala escolhida de acordo com cada fase do desenvolvimento da criança/ adolescente.

3.2.1. Comportamental NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) (escala para avaliação de dor no RN) (7)

É utilizada em RN com idade gestacional ≥ 24 semanas até à 6ª semana de vida. É constituída “por 6 indicadores de dor, 5 comportamentais e 1 fisiológico: (...) a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília. Cada indicador é medido de 0 a 1 ponto, com excepção do choro medido de 0 a 2 pontos. A cotação total da escala varia de 0 a 7 pontos” (2):

- 0 – sem dor;
- 1 – 2 – dor ligeira;
- 3 – 4 – dor moderada;
- 5 – 7 – dor severa.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Expressão Facial	Músculos relaxados. expressão neutra	Músculos faciais contraídos; sulco entre as sobrancelhas; maxilares cerrados	
Choro	Calmo, não chora	Gemido; choro intermitente	Grita, tom agudo, estridente contínuo Choro silencioso (se entubado) evidenciado pelos movimentos faciais
Características da Respiração	Calma	Mudança na frequência; irregular; mais rápida; pausas respiratórias	
Braços	Relaxados Sem rigidez muscular Movimentos ocasionais dos braços	Tensos; esticados, ou em extensão/flexão rápida	
Pernas	Relaxadas Sem rigidez muscular Movimentos ocasionais das pernas	Tensas; esticadas, ou em extensão/flexão rápida	
Estado de sono/ repouso	Dorme Acordado Calmo/tranquilo	Irrequieto Alerta Desassossegado/agitado	

Todas as categorias são pontuadas de 0 a 1, excepto a categoria choro que é pontuada de 0 a 2, resultando numa pontuação total entre 0 e 7.
 Usada em recém-nascidos prematuros (a partir da 24ª Semana de gestação) e de termo, até à 6ª semana de vida.

Fig. 4 – Guião da escala comportamental NIPS em uso no CHLC (utilizado no Pólo HDE)

A intervenção farmacológica situa-se entre os 2 e os 4 pontos (2).

A partir da pontuação 5 é imperativo a chamada do médico por a dor não estar controlada!

3.2.2. FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Éra inicialmente utilizada para crianças dos 2 meses aos 7 anos mas a sua utilização tem vindo a ser alargada (2). No CHLC – Pólo HDE utiliza-se até aos 19 anos. Inclui 5 indicadores: expressão facial, movimentos das pernas, actividade, choro e consolabilidade. Cada categoria comportamental é pontuada de 0 a 2. Assim, a cotação da escala varia entre 0 e 10:

- 0 – sem dor;
- 1 – 3 – dor ligeira;
- 4 – 6 – dor moderada;
- 7 – 10 – dor severa.

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

© The Regents of the University of Michigan

Fig. 5 – Guião da escala comportamental FLACC em uso no CHLC (utilizado no Pólo HDE)

A partir da pontuação 7 é imperativo a chamada do médico por a dor não estar controlada!

3.2.3. OPS (*Objective Pain Scale*)

É uma escala de avaliação bio-comportamental da dor porque inclui, para além da observação pelas categorias de comportamento, o parâmetro fisiológico TA sistólica. Pode ser utilizada em crianças com idade inferior a 18 anos como alternativa à FLACC (normalmente é mais utilizada em crianças internadas em UCIP ou UCPA) (7). Tem 5 categorias: tensão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal. Dado que a avaliação da TA pode influenciar o comportamento da criança, este deverá ser o último parâmetro a avaliar.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Tensão Arterial Sistólica (mmHg)	≤ 10% (pré-operatório)	> 10 - 20% (pré-operatório)	> 20% (pré-operatório)
Choro	Ausente	Sim, mas cala-se com um brinquedo/distração	Sim e não se cala com um brinquedo/distração
Movimentos	Ausentes	Impaciente. Incapaz de estar quieto. Muda frequentemente de posição. Não há perigo de se magoar. Tenso/não se mobiliza	Não fica quieto. Dá pontapés, contorce-se. Pode-se magoar. é preciso proteger. Tenso, corpo arqueado ou rígido
Agitação	Criança a dormir ou acomodada calma	Levemente agitado	Muito agitado
Verbalização da dor ou Linguagem Corporal (Crianças pré-verbais)	Sem verbalização de dor ou diz que não tem dor. Postura indiferente	Queixa-se de dor mas não a localiza. Postura antiálgica com extremidades flectidas	Queixa-se de dor, localiza-a, e é capaz de a auto-avaliar. Postura antiálgica e com a mão protegendo o penso/local com dor.

Cada uma das 5 categorias é pontuada de 0 a 2, resultando numa pontuação total entre 0 e 10.

Fig. 6 – Guião da escala comportamental OPS em uso no CHLC (utilizado no Pólo HDE)

O valor da Tensão arterial sistólica (TAs) obtém-se da seguinte forma:

- Para obter o valor de 10%, a fórmula de cálculo é $TAs \times 10\% + TAs$ (em mmHg);
- Para obter o valor de 20%, a fórmula é $TAs \times 20\% + TAs$ (em mmHg).

A intervenção terapêutica inicia-se na presença do valor ≥ 3 (2) (poderá começar pela intervenção não farmacológica).

A partir da pontuação 7 é imperativo a chamada do médico por a dor não estar controlada!

3.2.4. DESS (*Doleur Enfant San Salvador*)

Esta escala permite a quantificação e monitorização da dor em crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais (7). Pode ser utilizada também em adultos.

A sua aplicação exige a formação dos enfermeiros.

“Abarca a construção de um Dossier de Base (Fig. 7), destinado à caracterização da criança com deficiência e a utilização de uma Grelha de Pontuação de Dor (Fig. 8), que constitui a escala de avaliação de dor. (...) Contém 10 itens (pontuados de 0 a 4), com correspondência às 10 questões do Dossier de Base. A pontuação de cada item realiza-se em 5 níveis, em que a pontuação 0 corresponde às manifestações habituais, a pontuação 1 a modificação duvidosa, a pontuação 2 a modificação presente, a pontuação 3 a modificação importante e a pontuação 4 a modificação extrema” (7).

A pontuação vai de 0 a 40 pontos:

- Até 2 – sem dor;
- 2 – 6 – há dúvida (preste mais atenção à criança neste caso);
- > 6 – dor presente (implica tratamento).

Escala "Douleur Enfant San Salvador" – Dossier de base

Nome _____	Data _____
Esta ficha deve ser preenchida para cada doente, fora de qualquer fenómeno doloroso	
1 A criança chora habitualmente? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____ Chora às vezes? _____ Se sim, por que razões? _____	
2 Habitualmente existem reações motoras quando se lhe toca ou manipula? _____ Se sim, quais (sobressalto, acesso tónico, tremores, agitação, esquisita)? _____	
3 A criança é habitualmente sorridente? _____ A sua face é expressiva? _____	
4 Ela é capaz de se proteger com as mãos? _____ Se sim, ela tem tendência a fazê-lo quando se lhe toca? _____	
5 Ela exprime-se por gemidos? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____	
6 Ela interessa-se pelo ambiente que a rodeia? _____ Se sim, fi-lo espontaneamente ou tem que ser solicitada? _____	
7 As suas manifestações de rigidez são incomodativas na vida quotidiana? _____ Se sim, em que circunstâncias? (dar exemplos) _____	
8 Ela comunica com o adulto? _____ Se sim, ela procura o contacto ou é necessário solicitá-la? _____	
9 Ela tem uma motricidade espontânea? _____ Se sim, trata-se de movimentos voluntários, movimentos descoordenados, de um síndrome coreo-atetósico ou de movimentos reflexos? _____ Se sim, trata-se de movimentos ocasionais ou de uma agitação incessante? _____	
10 Qual é a sua posição de conforto habitual? _____ Ela tolera bem a postura sentada? _____	

Fig. 7- Dossier de base da DESS em uso no CHLC
(utilizado no Pólo HDE)

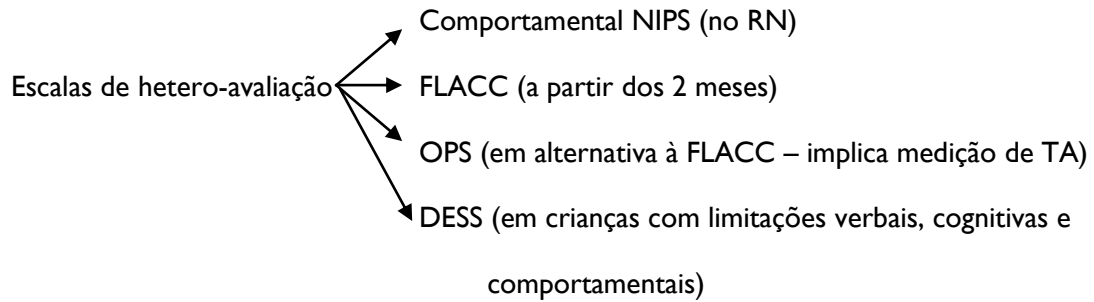
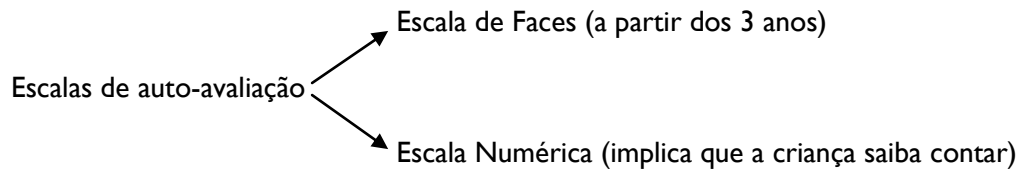
Escala “Doleur Enfant San Salvador” – Escala de avaliação

Nome _____		Data _____	
Em situações de dor, utilizar a escala e pontuar de acordo com o seguinte esquema: Manifestações habituais: 0 Modificação duvidosa: 1 Modificação presente: 2 Modificação importante: 3 Modificação extrema: 4			
A pontuação é estabelecida tendo em atenção as 8 horas precedentes.			
Em caso de variações durante este período, deve-se ter em conta a intensidade máxima dos sinais.			
Se um item é dispensável de significado para o doente em casa, este item é pontuado com 0.			
		HORAS	
		0	1
		2	3
		4	5
ITEM 1	Choro e/ou gritos (hábito de choro com ou sem acesso de lágrimas)	- Manifesta-se como habitualmente - Parece manifestar-se mais do que habitualmente - Choro e/ou gritos aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos - Choro e/ou gritos espontâneos e claramente não habituais - Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicardia, bradicardia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 2	Reação de defesa, coordenada ou não, ao examinar uma zona presumivelmente dolorosa (o toque, a posição ou a mobilização desencadeiam na reação motora, coordenada ou não, que se pode interpretar como uma reação de defesa)	- Reação habitual - Parece reagir de forma não habitual - Movimento de restrição indiscutível e não habitual - Mesmo sinal que 1 ou 2 com contrações e/ou gemidos - Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 3	Mímica dolorosa (expressão da face indistinto de um sorriso) (pode corresponder a uma expressão dolorosa)	- Manifesta-se como habitualmente - Faces inquieto não habitual - Mímica dolorosa aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos - Mímica dolorosa espontânea - Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicardia, bradicardia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 4	Proteção das zonas dolorosas (tente com a mão não a zona presumivelmente dolorosa para evitar qualquer contacto)	- Reação habitual - Parece temer o contacto com uma zona particular - Protege uma região sensível do seu corpo - Mesmo sinal que 1 ou 2 com contrações e/ou gemidos - Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro <i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer controlo dos membros superiores</i>	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 5	Gemidos ou choro silenciosos (gemido no momento das manipulações ou espontaneamente de forma intermitente ou permanente)	- Manifesta-se como habitualmente - Parece mais quieto do que habitualmente - Queixa-se de forma não habitual - Gemidos com mímica dolorosa - Gemidos entrecortados com gritos e choro	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 6	Interesse pelo ambiente circundante (interessa-se espontaneamente pela animação ou pela objecta que o rodeiam)	- Manifesta-se como habitualmente - Parece menos interessado do que habitualmente - Pouco interesse, tem que ser solicitado - Desinteresse total, não reage às solicitações - Estado de prostração claramente não habitual <i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer interesse pelo ambiente circundante</i>	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 7	Acentuação das distorções do tônus (aumento da rigidez, tremores, espasmos em hipersustentação...)	- Manifestações habituais - Parece mais rígido do que habitualmente - Acentuação da rigidez aquando de manipulações ou de gestos potencialmente dolorosos - Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa - Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 8	Capacidade de interagir com o adulto (Comunica através do olhar, de mímica ou de sons, por uma iniciativa ou quando é solicitado)	- Manifesta-se como habitualmente - Parece menos envolvido na relação - Dificuldades não habituais para estabelecer um contacto - Recusa não habitual de qualquer contacto - Retração não habitual evidenciando uma total indiferença <i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer possibilidade de comunicação</i>	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 9	Acentuação das movimentações espontâneas (morticidade voluntária ou não, coordenada ou não, movimentar braços, anca, ao nível do membro ou da cabeça...)	- Manifestações habituais - Possível recrudescência dos movimentos espontâneos - Estado de agitação não habitual - Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa - Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
ITEM 10	Atitude antiálgica espontânea (procure agir de uma postura não habitual que parece aliviar) ou definida pelo cuidador	- Posição de conforto habitual - Parece menos à vontade nesta postura - Certas posturas deixam de ser toleradas - Aliviado por uma postura não habitual - Nenhuma postura parece aliviar	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4
A pontuação total é determinada em relação a um máximo de 40.		PONTUAÇÃO TOTAL	
		0	1
		2	3
		4	5

Até 2, não existe dor. A partir de 2, há dúvidas. A partir de 6 a dor está presente, é necessário tratá-la!

Fig. 8- Guião da escala DESS (Doleur Enfant San Salvador) (utilizado no Pólo HDE)

Esquematizando:



4. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR

4.1. O QUE SÃO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR?

É com frequência que a dor se encontra associada a medos, ansiedade e stresse. As estratégias não farmacológicas no controlo de dor como as que irão ser faladas ao longo deste capítulo proporcionam formas de lidar com a dor, podendo ajudar a reduzir a sua percepção, tornando-a mais tolerável e diminuir a ansiedade. São estratégias seguras, não invasivas, baratas e são acções de enfermagem autónomas (6).

As estratégias não farmacológicas usadas na prevenção e tratamento da dor não substituem as farmacológicas mas o seu efeito não deve ser descurado [*“a maior parte do sucesso será conseguida com uma combinação de ambos”* (8)]. O facto de aquietarem a criança antes da administração de um fármaco pode levar a que as doses necessárias sejam menores. Estes métodos são assaz reconhecidos pelas crianças e as suas grandes vantagens residem no facto de, na maioria das situações, *“não apresentarem efeitos secundários e a criança poder ter uma acção autónoma”* (2).

4.2. QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES EM QUE DEVO UTILIZAR ESTE TIPO DE INTERVENÇÃO?

A eficácia das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor é determinada para cada caso. A escolha da técnica deve ser feita mediante o desenvolvimento cognitivo e a história de dor de cada criança e a combinação entre estas diferentes estratégias traz resultados mais evidentes.

Deverá utilizá-las em situações de procedimentos invasivos minor (punções EV, IM ou SC, retirar um dreno, mudança de penso, algaliação, colocação de SNG ou retirada e algália ou SNG, etc.) ou sempre que, após avaliação da dor, o valor obtido seja ≤ 4 da escala numérica ou de faces.

4.3. E QUANDO É QUE DEVO USAR ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS EM CONJUNTO COM AS NÃO FARMACOLÓGICAS?

As estratégias farmacológicas deverão ser utilizadas sempre que a auto-avaliação de dor se situe no valor ≥ 4 . No entanto, como a dor é subjectiva e percebida por cada um de forma individual, use o seu bom senso; se achar que, apesar de o valor ser ≤ 4 , a criança/ adolescente beneficia mais da aplicação de uma estratégia farmacológica, faça-o.

A administração da terapêutica analgésica às horas prescritas, na dose prescrita e na via prescrita é de extrema importância, já que se actua antes de a dor se instalar, poupando experiência dolorosa à criança/ adolescente.

Não se esqueça de avaliar a existência de dor antes da administração do analgésico!

Deverá sempre utilizar as estratégias não farmacológicas em conjunto com as farmacológicas já que, como já explicado, as primeiras potenciam as segundas.

Utilize as estratégias não farmacológicas no controlo de dor em procedimentos minor e como coadjuvantes das farmacológicas.

4.4. QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS QUE MAIS FACILMENTE POSSO UTILIZAR DURANTE A MINHA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?

As estratégias não farmacológicas no controlo de dor são inúmeras e podem variar muito a nível do seu custo benefício (2). Podem ir desde uma simples distração a outras técnicas que exijam mais tempo ou mesmo até alguns recursos materiais.

As que lhe apresento neste manual têm em conta os recursos existentes na Instituição mas tem também em conta, acima de tudo, um recurso extremamente importante na prestação de cuidados, seja numa enfermaria ou num serviço de urgência: o tempo.

Quando escolher a técnica que irá aplicar, tenha em conta “as preferências da criança, as suas habilidades e o seu desenvolvimento cognitivo” (2).

Para além dos procedimentos base de acordo com estágio de desenvolvimento da criança que encontrou no capítulo 2, Batalha (2) alerta para o respeito de alguns princípios que visam não só a manutenção dos direitos da criança/ adolescente e da sua família como também o controlo da dor em si. Conta entre eles:

- ♥ “Identificar experiências anteriores de dor e os métodos utilizados no seu alívio”;
- ♥ “Negociar a presença dos pais/ pessoa significativa junto da criança”;
- ♥ Ensinar criança e pais/família/ pessoa significativa “ a enfrentarem os procedimentos dolorosos”;
- ♥ “Ser honesto”;
- ♥ “Dar feedback positivo”;
- ♥ “Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça”;
- ♥ “Garantir o conforto da criança”;
- ♥ “Não efectuar ou permitir que se efectuem actos dolorosos na cama (local de refúgio e conforto) ”;
- ♥ “Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor”;
- ♥ “Permanecer junto da criança após um acto doloroso”;
- ♥ “Planear os cuidados de forma a manipular/ incomodar o menor número de vezes possível”;

- ♥ “Agrupar os actos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia”;
- ♥ “Avaliar continuamente a dor como qualquer outro sinal vital”.

4.4.1. Reforço positivo

Ao utilizar o reforço positivo vai transformar o significado da dor: o que antes era um acontecimento doloroso, torna-se um desafio. Normalmente é utilizado em conjunto com outras técnicas.

É muito simples de aplicar: recompensa a criança logo após o procedimento doloroso quando esta consegue reconhecer e aplicar a utilização de “estratégias positivas no alívio da dor” com um “relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio” (2).

4.4.2. Estratégias de confronto

São estratégias cognitivas de confronto e conforto que devem ser combinadas com o relaxamento. São eficazes a partir dos 6 anos, mais ou menos.

4.4.2.1. Auto-instrução

Baseia-se no princípio de que a criança se comporta mediante o que diz a si mesma em dada circunstância.

Ajude a criança a:

1. identificar factos positivos sobre o acontecimento que provoca medo e/ ou dor (“não demora muito”);
2. a identificar informação tranquilizadora (“se pensar noutra coisa não dói tanto”);
3. a utilizar um conjunto de factos positivos numa série de frases e ajudar a memorizá-las (“o procedimento é rápido, tenho boas veias, a dor é pequenina, vou embora para casa”);
4. e, finalmente, incentive a verbalização de auto-afirmações positivas quando existem pensamentos negativos, sempre que pensar ou passar por um procedimento doloroso (“vai correr tudo bem, tenho o meu amiguinho comigo”) (6) (9).

4.4.2.2. Pensamento positivo

Consiste em ensinar à criança declarações positivas para dizer quando estiver com medo e/ ou dor. Incentive a utilização de expressões como “eu consigo controlar-me, eu sou capaz”, “a operação vai correr bem”, “respira, relaxa que assim dói menos”, “a música ajuda-me a distrair”, “vou ficar melhor depois de fazer isto”...

4.4.3. Relaxamento criativo

É uma estratégia comportamental que ajuda a criança a controlar o medo e a aumentar a tolerância à dor inerente em procedimentos invasivos: bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão” ou o jogo do “mão morta, vai bater àquela porta”. Há um relaxamento do membro onde se vai efectuar a técnica dolorosa, sendo útil no caso de administração de terapêutica IM ou IV (9). Pode ser utilizado mais ou menos a partir de 1 ano de idade.

Num lactente ou criança pequena, poderá aplicar também o relaxamento mas de outras formas (6):

- Segure-o ao colo numa posição confortável, bem apoiada (exemplo: verticalmente contra o peito e ombro);
- Embale-o formando um arco amplo e ritmado;
- Fale pausada e suavemente, repetindo expressões.

4.4.4. Controlo do ciclo respiratório

Esta técnica também poderá ser incluída, como já se referiu, nas técnicas de distração apesar de se incluir verdadeiramente no grupo das Técnicas de Relaxamento. De facto, são das técnicas mais eficazes no alívio da dor porque *“diminuem o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca, a respiratória e a tensão arterial (...) e produzem uma sensação de calma e bem-estar, sendo por isso útil na redução da ansiedade e da dor”* (2).

Payne refere que o stresse provoca uma reacção do sistema nervoso simpático, levando a um aumento da frequência respiratória. A respiração lenta está, por sua vez, associada ao sistema nervoso parassimpático, pelo que a diminuição do ritmo da respiração tende a contrariar os efeitos do stresse. Assim, uma respiração lenta ou profunda é uma técnica de relaxamento que ajuda na diminuição da tensão muscular e do ritmo respiratório presente nas situações que geram stresse. A respiração natural e lenta implica um movimento homogéneo e concêntrico do tórax e do abdómen em simultâneo, movendo-se os dois segmentos ao mesmo ritmo, podendo-se comparar a um balão a ser insuflado uniformemente.

Duas técnicas que poderão ser aplicadas nas crianças consistem na respiração abdominal ou diafragmática e no controlo do ciclo respiratório.

4.4.4.1. Respiração abdominal ou diafragmática

Consiste na utilização dos músculos abdominais (rectos anteriores, oblíquos e transversos) e intercostais internos com a finalidade de proporcionar relaxamento. O stresse está associado aos

movimentos respiratórios com a utilização dos músculos intercostais externos, e o relaxamento a movimentos respiratórios abdominais (10).

Pode ser utilizado a partir dos 2 anos de idade por ser fácil de compreender.

Ensine esta técnica à criança através do uso de apitos coloridos ou bolas de sabão, pedindo-lhe que sopre com força ou através da imposição das mãos da criança sobre o seu diafragma enquanto respira lentamente e de forma rítmica, pedindo-lhe de seguida que imite. Poderá colocar as mãos no corpo da criança, alternado pressão ligeira com ausência desta como forma de ajudar a marcar o ritmo, ao mesmo tempo que repete “relaxa” (9).

4.4.4.2. Controlo do ciclo respiratório

Pode ser utilizado mais ou menos a partir dos 6 anos.

É descrito por Payne, citando Lischstein, como *“uma inspiração mais profunda que a usual, retendo o ar por alguns segundos antes de o expelir. (...) A inspiração desvia a atenção de pensamentos causadores de stresse; a retenção da respiração aumenta os níveis de P_{CO_2} , induzindo uma letargia suave, e a respiração lenta ajuda a diminuir a tensão muscular”*. O ciclo seguinte começa com uma expulsão do ar de forma mais forçada que o habitual (pode pedir à criança que faça como se fosse soprar uma vela com muita força), seguindo-se uma inspiração que deve encher os pulmões, retendo o ar durante cerca de 5 segundos, expirando depois lentamente ao mesmo tempo que imagina que toda a tensão está a sair com o ar, adoptando uma postura descontraída (9) (poderá fazer a alusão a um gelado a derreter).

4.4.5. Contracção e descontração progressiva dos membros

É uma técnica de relaxamento de tensão-distensão muscular que induz relaxamento físico ao libertar a tensão muscular e relaxamento mental pelo bem-estar que proporciona. É utilizada a partir dos 6 anos, mais ou menos.

A tensão muscular está associada às emoções, influenciando a postura corporal. Se for eliminada, a criança sentir-se-á emocional e mentalmente mais tranquila, o que a capacita para o controlo do medo e dor presentes em situações de stresse (cirurgia e procedimentos invasivos, por exemplo).

Explique à criança como criar e libertar a tensão: *“respira fundo e sente o teu corpo a ficar como uma boneca de trapos ou leve como o algodão doce depois de ter estado duro como ferro ou uma prancha de surf enquanto deitas o ar fora devagarinho”*. Também pode utilizar bolas coloridas anti-stresse com tamanho adequado à mão da criança.

A técnica aplicada de forma correcta consiste em começar pelos dedos dos pés. Diga à criança, de forma sistemática, para descontraíndo cada uma das partes do corpo de forma a *“ficar mole”* ou a *“sentir-se pesado”*. Se a criança tiver dificuldade em relaxar, diga-lhe para contrair cada uma das partes do corpo e depois descontraí-las. Permita que a criança mantenha os olhos abertos se perceber que ela responde melhor ao relaxamento desta forma (6).

Esta técnica permite à criança aprender a reconhecer sensações ténues nos músculos, a reconhecer diferentes níveis de tensão e a libertar essa tensão (9) (10) (11).

4.4.6. Imagem guiada

A imagem guiada é combinada com o relaxamento e com a respiração ritmada.

É normalmente mais utilizada em crianças a partir dos 4 anos de idade.

Peça à criança para pensar num enredo agradável (real ou imaginário). De seguida, encoraje-a a concentrar-se apenas nesse enredo, descrevendo detalhes específicos de que goste particularmente e que incluam o máximo de sensações possível (pode utilizar expressões do tipo “o vento leve a bater na cara”, “as cores das conchas no fundo do mar”, “os passarinhos a cantar”...). A criança deverá concentrar-se apenas neste enredo enquanto efectua o procedimento doloroso (6).

No entanto, esta técnica exige o envolvimento activo da criança e de algum tempo para explicar o método para que este seja eficaz (2).

4.4.7. Modelagem e dramatização

Estão relacionadas com a informação preparatória aos procedimentos. Estes métodos ajudam a criança a elaborar experiências desconhecidas, a antecipar sentimentos, diminuindo o medo e a angústia (entende melhor, aceita melhor) e a identificar estratégias para lidar com a dor. São técnicas que permitem a expressão de emoções e experiências.

A modelagem pode ser utilizada mais ou menos a partir de um ano de idade. Já a dramatização vai exigir mais algum desenvolvimento da criança.

Na dramatização, a criança pode representar e dramatizar o que vai acontecer, teatralizando os acontecimentos, com recurso a bonecos, fantoches réplicas de objectos ou equipamento hospitalar. Esta técnica permite que *“a criança aprenda sobre procedimentos e acontecimentos que a envolvem e assumam os papéis dos adultos no meio hospitalar”* (6). De facto, a criança vê os fantoches *“como amigos e prontamente comunicam com eles (...) sentimentos que hesitam em verbalizar aos adultos, (...) podendo estes partilhar as mesmas experiências e ajudar as crianças a solucionar o seu problema. Bonecos vestidos de maneira a representar o ambiente da criança – p. ex. um médico, enfermeiro (...) – são especialmente úteis (...) para encorajar a criança a dramatizar as situações”* (6).

Na modelagem ou ensaio, mediante a utilização de bonecos ou fantoches, a criança observa a demonstração da utilização das estratégias de *coping* por um adulto ou outra criança. Esta técnica também pode ser feita mediante a visualização de filmes (2).

4.4.8. Distracção e brincadeira

É o conjunto de estratégias cognitivas que proporcionam prazer e têm como objectivo desviar a atenção da dor ou medos para coisas agradáveis, contribuindo para o seu controlo e aumentando os sentimentos de segurança e bem-estar, dispensando muitas vezes a preparação prévia aos procedimentos.

Deve utilizá-las apenas em situações de dor breve. Deverá envolver os pais na identificação de uma forma eficaz de distração (6) (são eles quem conhecem melhor a criança).

O RN pode beneficiar de ouvir música ou uma canção. Até aos 2 anos, a criança pode ser distraída com bolas de sabão, jogos, etc. Entre os 3 e os 6 anos, Batalha conta entre as mais eficazes imaginar um super herói que tira a dor (ou outra qualquer fantasia), contar estórias, entre outras. As crianças mais velhas preferem geralmente distrações do foro mais cognitivo como discussões acerca de filmes, da escola, jogos, música, imaginação guiada, técnicas respiratórias, entre outras (2).

Delas fazem parte:

- as actividades de brincadeira livre (a criança decide sem indicações o que fazer com os objectos, favorecendo a imaginação, a fantasia e a criatividade, permitindo a liberdade de expressão e um momento óptimo para recolha de obter informações sobre as suas necessidades e sentimentos (6)) ou lúdica [de acordo com Ferland “*com um propósito, a actividade lúdica é regida por regras precisas*” (12)];
- a imagem guiada com relaxamento (já falada anteriormente).

A brincadeira, por ser um dos factores mais importantes na vida de uma criança, constitui para ela uma das melhores formas de combater o stress para além de ser uma das melhores formas de se expressar emocionalmente. De facto, dá-lhe uma sensação de controlo e segurança, sendo este facto tanto mais evidente quando tiverem consigo alguns dos seus próprios brinquedos pois constituem “*um elo com o lar e o mundo fora do hospital*”. No entanto, a quantidade de brinquedos que a criança tem com ela deve ser ponderada. Uma quantidade excessiva confunde-a e pode mesmo frustrá-la (6).

É importante ter disponível no meio hospitalar uma diversidade de brinquedos e jogos, de forma a que se adequem a todas as fases de desenvolvimento infantil (as mais pequenas preferem brinquedos coloridos ou outros mais elaborados como cozinhas de brincar, instrumentos de percussão; as maiores preferem jogos de tabuleiro ou electrónicos, ler, construir coisas, navegar na internet... A televisão é um gosto quase universal. (6)). Outros métodos frequentemente usados são a estórias, visualização de filmes lúdicos, jogos, “puzzles”, “quebra-cabeças” e “sudoku”. A de preferência da criança transmite-lhe segurança e conforto (2) (9).

A respiração também é uma técnica de distração. Peça à criança para respirar profundamente e expirar até lhe dizer para parar ou então peça-lhe para soprar bolas de sabão para soprar a dor para longe (6).

4.4.9. Contrato comportamental

É uma estratégia comportamental de controlo do medo e da dor em que existe um compromisso de ambas as partes, sendo normalmente utilizado a partir dos 4/ 5 anos. É de grande utilidade em situações em que existe história de atitudes de não cooperação e descontrolo emocional. Transforma o significado da dor enquanto situação desconfortável num desafio.

Consiste em definir com a criança um comportamento de cooperação activa e de controlo moderado, limitado no tempo (“enquanto a enfermeira faz o penso vou ficar muito quieto e quando tiver muita vontade de chorar vou dizer ai ai baixinho”) e as regalias a que ganha direito se o cumprir (emblemas, brinquedos, diplomas de “bom comportamento” ou outras recompensas de acordo com o desenvolvimento da criança/ adolescente). Finalmente, explique à criança/ adolescente as contingências e, se necessário, faça um ensaio (“o que fazes quando começares a ter vontade de chorar? Como é que tem de estar a perna? E o que é que acontece se a mexeres?”) (6) (9).

Pode ser:

- formal (escrito), datado e assinado por todos os envolvidos;
- informal (com a utilização de símbolos) (utilizado em crianças a partir de 4 ou 5 anos de idade). Neste caso, é importante *“reforçar a cooperação com uma recompensa se o procedimento for concluído dentro do tempo especificado”* (6).

4.4.10. Aplicação de calor e de frio

Pode utilizá-los a partir de 1 ano de idade (2) e a acção do calor e do frio é extremamente fácil de explicar.

“A aplicação de calor na zona dolorosa promove a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo” (2) (9).

O frio tem o efeito contrário na medida em que previne o edema ou favorece a sua redução, o que leva a um alívio da pressão exercida nas terminações nervosas. Por outro lado *“retarda a transmissão dos impulsos nervosos (...) e tem uma acção anti-inflamatória”*, reduzindo a dor (2) (13).

4.4.1 I. Massagem e *palming*

Estas são técnicas que poderão ocupar mais tempo mas têm-se mostrado altamente benéficas. São técnicas que pode ensinar aos pais/ pessoa significativa, constituindo mais uma forma de os incluir nos cuidados à criança/ adolescente.

A massagem actua a nível da pele e dos músculos. A tensão muscular flui para fora do corpo, proporcionando calma e bem-estar, relaxamento físico e mental, alívio da dor e até fortalecimento do sistema imunitário. Faz-se mediante a aplicação de uma sequência de técnicas de deslizamento, amassamento, rolamento, compressão, tapotagem e vibração. A sua acção explica-se pela remoção dos produtos de degradação celular e pela estimulação das fibras A β (14) (13). No entanto, poderá aplicá-la de forma mais simples, optando por massajar de forma a que a sua intuição lhe diga que a criança está a relaxar.

O *palming* proporciona limites, acalma, transmite segurança e consiste “no toque parado da palma das mãos, que trabalham em simultâneo e em paralelo, ou seja, sempre que possível à mesma altura, (...) com os dedos a apontar para a cabeça da criança, (...) tocando durante 3 a 4 ciclos respiratórios. Nas articulações, envolver o mais possível, com as mãos em concha”. Deve ser firme mas sem pressão e obedecer a uma sequência, devendo tocar todo o corpo:

1. com a criança em decúbito dorsal com a cara virada para o lado contrário de quem aplica o toque, começar por um dos lados do corpo;
2. comece na cabeça, passando para a cara;
3. de seguida, para o braço e mão;
4. passe depois para a parte anterior do pescoço, peito e abdómen;
5. siga para a anca, coxa, perna e termine no pé;
6. em decúbito ventral com a cabeça virada para o lado contrário de quem aplica o toque, comece na cabeça, passando depois à nuca, parte posterior do pescoço, ombro, braço e mão. No ombro, começa-se pela omoplata, seguindo-se o dorso, a zona lombar, a anca, nádegas, coxa, perna e pé (2) (11).

4.5. ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS

Apesar de se enquadrarem nas estratégias farmacológicas, o EMLA e a sucrose têm-se vindo a mostrar poderosos aliados aquando da execução de procedimentos invasivos menor. A sua utilização está, de facto, adstrita às normas adoptadas pela Instituição (15) (16). Por isso, torna-se relevante fazer-lhes menção neste manual.

4.5.1. O EMLA

O EMLA é uma mistura de dois anestésicos locais tipo amida (lidocaína e prilocaína) com grande margem de segurança. Tem acção ao nível dos receptores das terminações nervosas A (mielínicas) e C (amielínicas), com penetração em todas as camadas da pele.

Apresenta-se sob duas formas:



Fig. 9 - Penso EMLA a 5% - 1 g



Fig. 10 - Creme EMLA a 5% - 5 g

(recorde que 25 mg de lidocaína + 25 mg de prilocaína cada 1 g)

4.5.1.1. Quais são as suas indicações?

Em todas as situações em que seja necessária uma anestesia tópica da pele, nomeadamente:

- a) Prevenção da dor aguda na criança e no adulto (no caso da fobia de agulhas):
 - Punções venosas, arteriais, capilares e lombares;
 - Injecções IM e SC;
 - Inserção percutânea de cateteres centrais;
 - Pequenos gestos cirúrgicos sob anestesia local (infiltração) – biopsias, laserterapia, excisão de lesões cutâneas...
- b) Tratamento da dor crónica:
 - Lesões pós-herpéticas;
 - Cicatrizes dolorosas pós-cirúrgicas.

4.5.1.2. Como se utiliza?

Tendo em conta que $1g = 1ml = 1/5$ da bisnaga, o creme deverá ser aplicado numa proporção de 1 a 2,5 g/ 10 cm² de pele seca e limpa. No caso do penso, este contém 1g e deverá ser aplicado em 10 cm² de pele seca e limpa (é só aplicar o penso!).

Atenção!

Respeite as doses máximas de lidocaína e prilocaína por Kg de peso! – 5 mg/ Kg.

Consulte a tabela abaixo.

Peso	Dose	Creme
5 Kg	0,5 g/ 0,5 ml/ 25 mg	1/10 bisnaga
10 Kg	1g /1 ml/ 50 mg	1/5 bisnaga
15 Kg	1,5 g/ 1,5 ml/ 75mg	± 1/3 bisnaga

Tabela 1 - Dose máxima por administração (15)

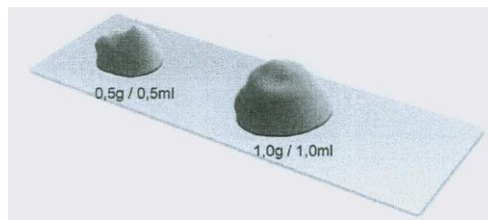


Fig. 11 – 0,5 g = 0,5 ml = 1/10 bisnaga; 1g = 1 penso = 1/5 bisnaga (15)

Para uma correcta eficácia, deverá respeitar o tempo de oclusão. No caso da utilização de creme, deverá proceder à oclusão com Tegaderme mas, no caso de alergia ao látex, deverá utilizar película aderente.

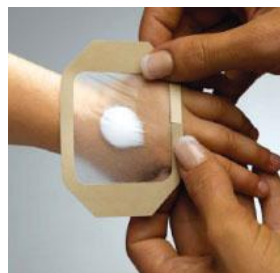


Fig. 12 – Como ocluir EMLA creme

A duração e a profundidade da anestesia/ analgesia são proporcionais ao tempo local de aplicação e o tempo máximo de aplicação é de 4 horas.

Assim,

- Punções superficiais – tempo mínimo de 1h;
- Punções profundas – tempo mínimo de 2h (punções lombares, injeções IM e SC, inserção percutânea de cateteres centrais, pequenos gestos cirúrgicos).

Para proceder à sua aplicação, comece por validar o peso da criança. Limpe bem a pele, verifique a sua integridade e aplique o penso. Deverá retirar o penso após o cumprimento do tempo de oclusão e limpar/ desinfetar o local antes de realizar o procedimento.

Se for realizar uma punção venosa, lembre-se que o EMLA provoca vasoconstricção. Por isso, aguarde cerca de 15 minutos para realizar o procedimento. Se possível, friccione o local para engurgitamento da veia e favorecer a sua visualização.

Nas punções EV e IM múltiplas, nomeadamente a administração IM de Toxina Botulínica, deverá utilizar doses fraccionadas de EMLA creme, com aplicação de Tegaderme ou película aderente.

Sempre que verifique que há necessidade de aplicar mais do que 1 penso / 10 Kg de peso, utilize o creme em doses fraccionadas.

Não se esqueça de registar a administração de cada uma das doses no processo de enfermagem e respeite sempre a data de validade.

4.5.1.3. Que precauções devo ter?

Existem três precauções principais que deverá ter em conta:

- ⇒ Dos 3 aos 12 meses de idade não deverá usar mais do que 1 g para uma área de pele não superior a 10 cm² ($\pm 1/5$ da bisnaga);
- ⇒ Utilize uma dose menor em:
 - recém-nascidos – 0,5 g e menor tempo de oclusão – 30 minutos;
 - feridas e mucosas do adulto e em dor crónica;
 - dermatites atópicas – aplique durante 15 minutos;
 - gravidez e aleitamento.
- ⇒ Evite que a criança retire o penso e manipule os olhos e mucosas pois poderá causar lesão da córnea e diminuição dos reflexos de sucção e deglutição.

4.5.1.4. Quais são as contra-indicações da utilização de EMLA?

A utilização de EMLA está contra-indicada nos casos de:

- Hipersensibilidade aos anestésicos locais tipo amida;
- Alergia à penicilina;
- Metahemoglobinémia congénita ou idiopática;
- Feridas abertas;

- Mucosas, com a excepção da mucosa genital;
- Proximidade dos olhos.

4.5.1.5. Quais são os efeitos adversos?

A palidez (há uma vasoconstrição) e depois eritema com edema transitório são induzidos pelos anestésicos locais (ou seja, existem alterações circulatórias).

4.5.1.6. Particularidades consensuais em Neonatologia

No caso dos RN, não deverá aplicar EMLA no caso de haver lesão cutânea e só deverá utilizá-lo no RN de termo (dose máxima de 0,5g) e pré-termo com idade gestacional superior a 32 semanas (dose máxima de 1 a 2 g) com mais de 7 dias de vida, tendo em conta que a dose máxima será de 2g/ dia. Evite a utilização de doses repetidas (existe o risco de metahemoglobinémia), especialmente se associado ao paracetamol. O seu efeito verifica-se cerca de 60 a 80 minutos após a colocação.

4.5.2. A sacarose oral

A sacarose oral é um método seguro e eficaz na prevenção e alívio da dor nos procedimentos de diagnóstico e/ ou terapêuticos minor no RN e crianças até aos 3 anos.

É um dissacárido composto de frutose e glicose. A solução disponível no CHLC não tem conservantes ou aditivos, apresenta-se em unidoses assépticas prontas a usar de 1,5ml (Fig. 13) e a sua utilização é extremamente fácil. É composta por 24% de sacarose e 76% de água destilada e 1ml da solução contém 240mg de sacarose.



Fig. 13 – Unidose de sucrose

O sabor doce da sacarose induz a analgesia através da activação dos opióides endógenos, com acção nas vias descendentes que modulam a dor. Assim, ajuda a prevenir ou a diminuir a dor associada aos procedimentos invasivos minor.

4.5.2.1. Quais são as suas indicações? A que idades é mais adequada?

A sacarose utiliza-se no RN e crianças até aos 3 anos em procedimentos de diagnóstico e/ ou terapêuticos minor, nomeadamente:

- Punção venosa, arterial e capilar;
- Cateterização vesical;
- Aspiração de secreções;
- Entubação/ retirada de SNG;
- Entubação endotraqueal;
- Exame oftalmológico;
- Punção supra-púbica;
- Colocação de dreno torácico;
- Mudança de penso;
- Mudança de saco de colostomia;
- Fisioterapia dolorosa;
- Outros...

4.5.2.2. Como se utiliza?

A sua utilização é, como já se disse, muito fácil. As fibras do gosto doce localizam-se na ponta da língua (Fig. 14).

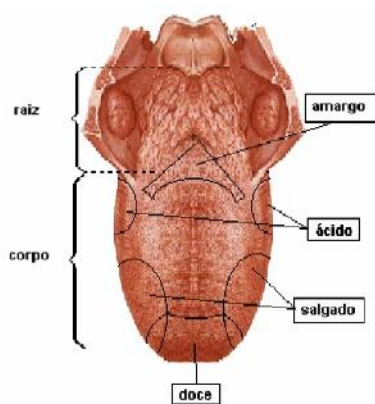


Fig. 14 – Distribuição das papilas gustativas na língua

A solução administra-se gota a gota na região anterior da língua (vulgo “ponta da língua”), superfície bucal ou na chucha e de seguida promove-se a sucção não nutritiva (potencia o efeito da sacarose).

Pode permitir a continuação da sucção na chucha. O processo poderá ser repetido, se necessário, desde que não exceda a dose máxima (consulte a tabela 2). O intervalo entre as administrações não deverá ser inferior a 4 horas.

O pico de acção é atingido em 2 minutos e tem a duração de 5 a 10 minutos. Por isso, deve-se

administrar 2 a 5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ ou terapêutico potencialmente doloroso.

Considerando que a unidose contém 1,5 ml, o equivalente a 360 mg...		
Peso	Dose - ml	Dose - mg
< 3 Kg	0,5 ml	120 mg
3 – 9 kg	1 a 1,5 ml	240 a 360 mg
10 – 15 kg	1,5 a 2 ml	360 a 480 mg

Tabela 2- Dose máxima por administração (16)

Não se esqueça de registar a administração de cada uma das doses no processo de enfermagem e respeite sempre a data de validade.

4.5.2.3. [Quais são as suas contra-indicações?](#)

A sucrose está contra-indicada nos casos de:

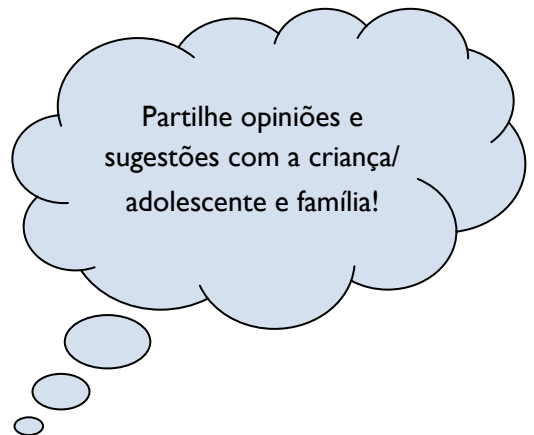
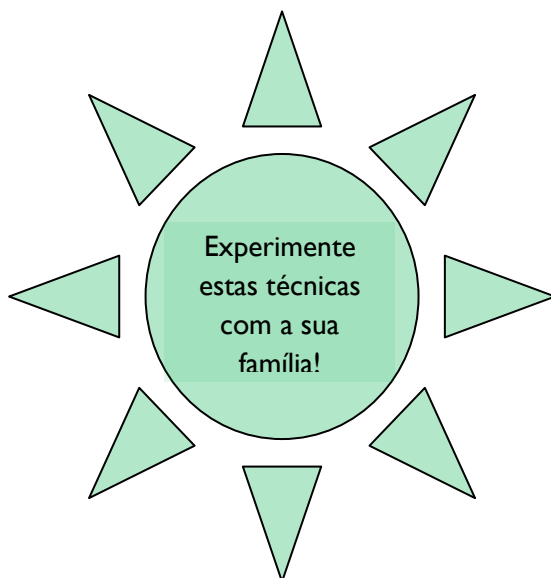
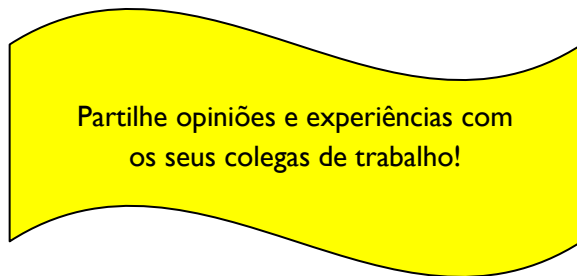
- Intolerância à glucose e frutose;
- Criança sedada;
- Suspeita de enterocolite necrosante;
- Hiperglicémia.

4.5.2.4. [Quais são os efeitos adversos possíveis?](#)

Poderá ter como efeitos adversos:

- Risco de aspiração – deverá observar sinais de engasgamento, tosse, náuseas ou vómito;
- Flatulência;
- Hiperglicémia.

DESAFIOS...



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada criança é um ser único, em devir, em constante interacção com o mundo que a rodeia. Afiançar que a prevenção e o tratamento da sua dor é um requisito ético e moral que tem de ser levado em conta pelos enfermeiros e restantes profissionais de saúde, de forma a que o bem-estar da criança e o seu desenvolvimento continuem em harmonia. Para que tal aconteça, é importante que este tipo de cuidados seja único, criativo e individualizado, utilizando “*estratégias que envolvem acções interdisciplinares de âmbito farmacológico e não farmacológico e que variam em função de uma multiplicidade de factores, desde a intensidade da dor, tipo, etiologia, previsibilidade da duração, contexto clínico, personalidade da criança, cooperação familiar, entre outros*” (2).

As estratégias não farmacológicas no controlo da dor são o método que melhor permite a adequação dos cuidados, permitindo que sejam criativos, adaptados e que abrem as portas para uma aproximação da profissão de enfermagem dos verdadeiros alvos dos nossos cuidados: os nossos utentes (independentemente do tamanho que tenham!) e suas famílias. Para além disso, são cuidados de enfermagem que constituem actos autónomos. Pode aplicá-las sempre que quiser, sem prescrição.

Espero que este manual tenha conseguido “ordenar” os princípios necessários para que se muna das armas todas para medir e tratar a dor correcta e eficazmente...

Use e abuse das estratégias não farmacológicas! Crianças e graúdos agradecem!

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Saúde, Direcção Geral de.** *Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa : s.n., 2003. disponível em www.dgs.pt.
2. **Batalha, Luís.** *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar.* 1ª ed. Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda, 2010. p. 126. ISBN 978-972-757-593-0.
3. **Portugueses, Ordem dos Enfermeiros.** *Dor: Guia Orientador de Boa Prática.* Lisboa : s.n., 2008. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
4. **Saúde, Direcção Geral de.** *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa : s.n., 2008. Disponível em www.dgs.pt.
5. **Wong, Donna L., et al.** *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva.* 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p. 910. ISBN 85-277-0506-0.
6. **Hockenberry, Marilyn J., Wilson e Winkelstein.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7th. Rio de Janeiro : Mosby Elsevier, 2006. ISBN 13: 978-85-352-1918-0.
7. **Dor, Grupo de Trabalho Contra a.** *Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital.*
8. **Eler, Gabrielle Jacklin e Jaques, André Estevam.** *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor.* Disponível em <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>.
9. **Barros, Luísa.** *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista.* 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. p. 220. ISBN 972-796-081-2.
10. **Payne, A.** *Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de Saúde.* 2ª ed. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. p. 278. ISBN 972-8383-41-X.
11. **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.** *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria.* 2009. Curso de Formação em Serviço.
12. **Ferland, Francine.** *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida.* 1ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2006. p. 223. ISBN 972-796-253-X.
13. **Câncer, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de.** *Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle da Dor.* Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2001. p. 120. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. ISBN 85-7318-079-X.
14. **CEFAD - Formação Profissional, Lda.** *Quiromassagem.* 2008-2009. Curso frequentado pela autora do artigo.
15. **Dor, Grupo de Trabalho Contra a.** *Protocolo de aplicação tópica de anestésico local ao utente pediátrico - EMLA.* 2010.
16. —. *Protocolo de administração de sacarose oral ao doente pediátrico.* s.l. : CHLC, 2010.

17. Imagem lactente disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_I7thS1srmVI/TJtPbiUIgWI/AAAAAavi/NXuPMFhj5hQ/s320/images.jpg&imgrefurl=http://www.terapeutadebebes.com.br/&usg=__fXDKJiVtXSBXG99FBTrqfZGCcPk=&h=182&w=276&sz=4&hl.

18. Imagem toddler disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://soupytrumpet.com/uploads/2008/02/vpc_crying-toddler.jpg&imgrefurl=http://soupytrumpet.com/%3Ftag%3Dclownin&usg=__qW3G-i2OADP9jd92AsPCFYx7NxY=&h=180&w=180&sz=12&hl=pt-pt&start=212&zoom.

19. Imagem pré-escolar disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_mVgHyL7YHRw/S82_oiC722I/AAAAAABJM/KHk4kOplwXs/s1600/crin%C3%A7a-birra-choro.jpg&imgrefurl=http://8milhas.blogspot.com/2010_04_01_archive.html&usg=__RBYw5sY7_B.

20. Imagem idade escolar disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com/_F_3Scivszu4/TDxvJb1jdml/AAAAAABIM/dlilloPc-BU/s320/apoioPPA_2.jpg&imgrefurl=http://dislexicosabaseusdireitos.blogspot.com/2010_07_01_archive.html&usg=__CRkg.

21. Imagem adolescente disponível em

<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.baruerinaweb.com.br/wp-content/uploads/2010/08/Adolescentes.jpg&imgrefurl=http://www.baruerinaweb.com.br/adolescentes-com-um-estilo-de-vida-pouco-saudavel-tem-mais-dores-de-cab>.

22. Imagem língua disponível em <http://www.scribd.com/doc/11126333/Apostila-Anatomia-Sistema-Digestorio>.

23. EMLA. Disponível em

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2967&tipo_doc=rcm.

24. Imagem Como Ocluir EMLA disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.ihateneedles.co.uk/gUserFiles/how_to_use_emla_2.jpg&imgrefurl=http://www.drnumb.com/no-pain-in-needle&usg=__zZ1GjdZ6oC7gvjJ_RLSL4sSQKD4=&h=207&w=213&sz=34&hl=pt-pt&start=1.

ANEXOS

TERMOS A EVITAR	TERMOS A UTILIZAR
Injecção, picada de abelha agulhada	Remédio por baixo da pele
Órgão	Lugar especial no corpo
Exame	Ver como (especificar a parte do corpo) está a funcionar
Incisão	Abertura especial, “risquinho na pele”
Edema	Inchaço
Maca	Cama com rodinhas
Fezes	Cocó, ou termo usual da criança
Contraste	Remédio especial
Dor	Magoado; “dói, dói”; desconforto
Sonolento	Dormente, com sono
Tirar (como em “tirar a sua temperatura”)	Ver se está quente
Medir (como em “medir sua pressão arterial”)	Pode apertar um bocadinho; encher com a ar “a braçadeira, como a da praia”
Colocar para dormir, anestesia	Sono especial
Cateter	Tubo
Monitor	Televisão
Eléctrodos	Autocolantes
Espécime	Amostra; bocadinho

Adaptado de: Hockenberry, M. J.; Winkelstein, W. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ªed. Mosby. Rio de Janeiro.

HISTÓRIA DA EXPERIÊNCIA DE DOR



Hospital D. Estefânia

(Colar vinheta de identificação)



Ministério da Saúde

Serviço _____ Sala _____ Cama _____ Data: ____/____/____

Formulário para os pais	Respostas
Que palavras usa o seu filho para se referir à dor?	
Descreva as experiências de dor que o seu filho tenha tido anteriormente	
O seu filho conta-lhe ou a outros quando está com dor?	
Como sabe que o seu filho está com dor? Como reage habitualmente à dor?	
O que é que faz pelo seu filho quando ele está com dor?	

(Adaptado da História da experiência de dor na criança. Hester e Barcus, Avaliação e Gestão da dor na criança, 1986)
Usar sempre com os pais das crianças com menos de 5 anos.
Usar com os pais das crianças com mais de 5 anos, se for difícil colher a história de dor com a criança.

HISTÓRIA DA EXPERIÊNCIA DE DOR



Hospital D. Estefânia

(Colar vinheta de identificação)



Ministério da Saúde

Serviço _____ Sala _____ Cama _____ Data: ____/____/____

Formulário para a criança	Respostas
Conta-me o que é a dor/ que palavras usas para dizeres que tens dor?	
Conta-me acerca das tuas experiências anteriores de dor	
Contas a outros quando tens dor? Se sim, a quem?	
O que é que queres que façam por ti quando tens dor?	

(Adaptado da História da experiência de dor na criança. Hester e Barcus, Avaliação e Gestão da dor na criança, 1986)

Usar sempre este formulário com crianças de mais de 5 anos.

Usar sempre este formulário em simultâneo com o dos pais, nas crianças dos 3 aos 5 anos.

Usar este formulário em simultâneo com o dos pais nas crianças de mais de 5 anos, se for difícil colher a história de dor com a criança.

HISTÓRIA DA EXPERIÊNCIA DE DOR



Hospital D. Estefânia

(Colar vinheta de identificação)



Ministério da Saúde

Serviço _____ Sala _____ Cama _____ Data: ____/____/____

Formulário ADOLESCENTES	Respostas
Descreva as suas experiências anteriores de dor .	
Como reage habitualmente à dor?	
O que gosta que façam por si, quando tem dor?	

(Adaptado da História da experiência de dor. Hester e Barcus, 1986)



(Colar vinheta de identificação)

**AVALIAÇÃO DA DOR
 FOLHA A**

DIAGNÓSTICO/CIRURGIA: _____

ANALGESIA					PERFUSÃO CONTÍNUA		BOLUS	
EPIDURAL CONTÍNUA	DIB	PCA	NCA	OUTRA	ml/h _____	ml _____		
Fármaco _____	Dose _____	Via _____	Hora _____					
Fármaco _____	Dose _____	Via _____	Hora _____					
					Assinatura: _____			

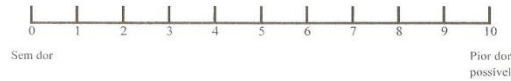
DATA	HORA	TA	FC	FR	T	SpO2	DOR			SEDAÇÃO 0,1,2,3*	COMPLICAÇÕES			ASS. Enf.º	TERAPÊUTICA	ASS. Méd.
							Númerica 0 a 10 (27*)	Comportamental 0 a 10 e 0 a 7 (27*) e NIPS (25*)	Faces 0 a 10 (26*)		Náusea/ Vômito 0,1,2,3*	Prurido 0,1,2*	Retenção Urinária N.S.A			

Se (*) chamar médico

Escalas das Faces (Wong e Baker, 1988)



Escalas Numéricas



H.D.E. Mod. 5886 - C.I.



(Colar vinheta de identificação)

**AVALIAÇÃO DA DOR
 FOLHA A**

DIAGNÓSTICO/CIRURGIA: _____

Serviço _____ Sala _____ Cama _____

ANALGESIA					PERFUSÃO CONTÍNUA		BOLUS	
EPIDURAL CONTÍNUA	DIB	PCA	NCA	OUTRA	ml/h _____	ml _____		
Fármaco _____	Dose _____	Via _____	Hora _____					
Fármaco _____	Dose _____	Via _____	Hora _____					
					Assinatura: _____			

DATA	HORA	TA	FC	FR	T	SpO2	DOR			SEDAÇÃO 0,1,2,3*	COMPLICAÇÕES			ASS. Enf.º	TERAPÊUTICA	ASS. Méd.
							Númerica 0 a 10 (27*)	Comportamental 0 a 10 e 0 a 7 (27*) e NIPS (25*)	Faces 0 a 10 (26*)		Náusea/ Vômito 0,1,2,3*	Prurido 0,1,2*	Retenção Urinária N.S.A			

Se (*) chamar médico

LEGENDA:

DOR	SEDAÇÃO	COMPLICAÇÕES
> Escala Comportamental - NIPS (pontuada a 0 a 7), FLACC e OPS (pontuada de 0 a 10) - Ver guiões > Escala das Faces (Wong e Baker) - (pontuada de 0 a 10). Ver régua > Escala numérica - (pontuada de 0 a 10). Ver régua	0 - Perfeitamente acordado 1 - Ligeiramente sonolento 2 - Sonolento, dormindo muitas vezes 3* - Só acorda quando estimulado	NÁUSEAS E VÔMITOS 0 - S/náuseas, s/vômito; 1 - Náusea ligeira; 2 - Náusea/Vômito ocasional; 3* - Vômito repetidos
		PRURIDO 0 - S/ Prurido; 1 - Prurido ligeiro; 2* - Prurido intenso
		RETENÇÃO URINÁRIA N - Não; S - Sim; A - Algaliado

Permite registar a intensidade da dor da criança, assim como o grau de sedação e complicações inerentes à terapêutica opióide. É utilizada na UCPA e nas primeiras 48 horas do pós-operatório, bem como nas enfermarias com crianças com patologia a realizar terapêutica opióide.

FOLHA B - SINAIS E SINTOMAS VITAIS



(Colar vinheta de Identificação do Utente)

Folha n.º



Ministério da Saúde

Escala	
> NIPS	<input type="checkbox"/>
> FLACC	<input type="checkbox"/>
> OPS	<input type="checkbox"/>
> Faces	<input type="checkbox"/>
> Numérica	<input type="checkbox"/>

Pontuação das escalas	
> NIPS	0-7
> FLACC	0-10
> OPS	0-10
> Faces	0-10
> Numérica	0-10



Cama _____

Cores dos registos: Dor-Laranja, TA-verde, R-preto, P-vermelho, T-Azul, Sp O2-rosa

Data																			
Hora																			
D	T.A	R.	P.	T.	Sp. O2														
180	100	190	42	100															
170	90	180		95															
160	80	170	41	90															
150	70	160		85															
10	140	60	150	40	80														
9	130	50	140		75														
8	120	40	130	39	70														
7*	110	35	120		65														
6	100	30	110	38	60														
5♦	90	25	100		55														
4	80	20	90	37	50														
3	70	15	80		45														
2	60	10	70	36	40														
1	50	5	60		35														
0	40	0	50	35	30														

Peso																			

Se ♦chamar médico NIPS ≥ 5
 Se ● chamar médico faces > 6
 Se * chamar médico FLACC, OPS e escala numérica ≥ 7

Permite registar a intensidade da dor em gráfico. Usada nas restantes situações clínicas que não as mencionadas na Folha A, com ou sem prescrição de terapêutica não opióide e/ ou nos procedimentos de diagnóstico e/ ou terapêuticos.

De acordo com a informação verbalizada pelo NTCD, a auditoria feita no CHLC, Pólo HDE, no âmbito da avaliação da dor revela que a avaliação sistemática da dor é geralmente feita. Especula-se que tal aconteça porque consta das intervenções de enfermagem seleccionadas plano de cuidados de enfermagem do SAPE. Nem todos os enfermeiros recorrem às escalas de auto-avaliação, usando antes as de hetero-avaliação. De notar que, apesar deste facto, dado que a terapêutica analgésica está prescrita a horas certas em pediatria, a avaliação da dor é por vezes feita no momento da administração da terapêutica ou mesmo até após o seu início.

Na auditoria observou-se que a avaliação não sistemática, isto é, sempre que a criança/ jovem refere dor, muitas vezes não é feita... Geralmente, quando as crianças referem queixas, os enfermeiros partem logo para a administração de terapêutica, fazendo a avaliação da dor com frequência apenas após a administração do analgésico (neste caso, de acordo com o protocolo) mas, mais uma vez, nem sempre é feita com recurso às escalas de auto-avaliação. Além disso, os registos dos picos de dor nem sempre são registados, pelo que é necessário sensibilizar melhor a equipa para este facto.

Exerço funções no Bloco Operatório Pediátrico da mesma Instituição e na UCPA efectua-se a avaliação e registo de dor. Esta avaliação é feita predominantemente com base em escalas de hetero-avaliação (as crianças estão em fase de recuperação anestésica e, por isso, muitas vezes, ainda incapacitadas de auto-avaliar a sua dor). No entanto, sempre que o estado de vigília da criança o permita, recorre-se à “régua de bolso” que contém a escala numérica de um dos lados e a numérica do outro para a auto-avaliação da dor. Estas “réguas” estão disponíveis na referida Unidade em grande quantidade.

No S3S2, distribuíram-se as “réguas” por sítios estratégicos, nomeadamente pelas salas de trabalho, na sala de reunião e nos aparelhos de medição de SV e uma por enfermeiro na tentativa de proceder à sensibilização da equipa para a utilização das escalas.

Para além disso, é de extrema importância que se afira primeiro qual a causa da dor para que se tente eliminar o factor causador da mesma. Existem situações em que a dor é causada por desconforto, por exemplo. Nestes casos, uma simples mudança de posição na cama ou o reforço de um gesso com Ortoban ou medidas que favoreçam a eliminação intestinal, por exemplo, podem implicar a remoção do que causa a dor e, conseqüentemente, ao desaparecimento da dor.

Quanto à história de dor, esta é muitas vezes feita na consulta pré-operatória de enfermagem, juntamente com o ensino das escalas de auto-avaliação e esta informação fica disponível para consulta por qualquer elemento da equipa de enfermagem ou médica para que se adequem cuidados. No serviço 3, sala 2, as crianças dão entrada ou pela cirurgia programada ou vindas do serviço de urgência ou vindas directamente do Bloco Operatório. Se a criança vem directamente do Bloco Operatório ou do serviço de urgência, não é adequado estabelecer a história de dor com a criança pois aquela já está presente. Mas neste serviço

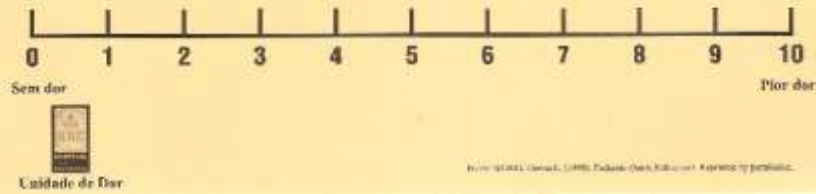
procura-se fazer a colheita da mesma pelo menos junto dos pais de acordo com o guião existente no hospital, procedendo-se depois ao registo da mesma em SAPE.

Escala das faces (Wong-Baker)



Fonte: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ELLS, St. Louis, 2001. Copyright by Mosby Inc. Reprinted by permission.

Escala numérica



Fonte: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ELLS, St. Louis, 2001. Copyright by Mosby Inc. Reprinted by permission.

Plano De Sessão

Tema: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

Destinatários: Enfermeiros do Serviço 3, Sala 2 do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Pólo Hospital D. Estefânia.

Local: Serviço 3, Sala 2

Data: 02 /Nov /2010

Hora: 14 h 30

Outras datas de acordo com a presença e disponibilidade dos enfermeiros.

Objectivos:

- Descrever o mecanismo de dor através da Teoria do Portão;
- Caracterizar as reacções da criança/ jovem à dor de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento;
- Identificar Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor, adequadas a cada fase de desenvolvimento, passíveis de serem utilizadas pelos enfermeiros e pais durante a prestação de cuidados.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução (apresentação dos objectivos pedagógicos) (conceito de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor)	Expositivo	PowerPoint®	2 min	Leonor Gil
Desenvolvimento (Mecanismo da dor) (Reacções da criança à dor e procedimentos base) (Escala de dor) (Avaliação da dor no internamento) (Estratégias Não	Expositivo Demonstrativo	PowerPoint®	30 mins	

Farmacológicas no Controlo de Dor - distracção e brincadeira; relaxamento, imagem guiada, contrato comportamental e <i>palming</i>)				
Conclusão	Expositivo Interrogativo	Nenhum em particular	2 min	

C.H.L.C. Mod. 0003



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

2 Nov. 2010 / 14h30m

LOCAL: Serviço 3.2.

FORMADORA: Leonor Gil

Orientador: Enf.ª Anabela Glória

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

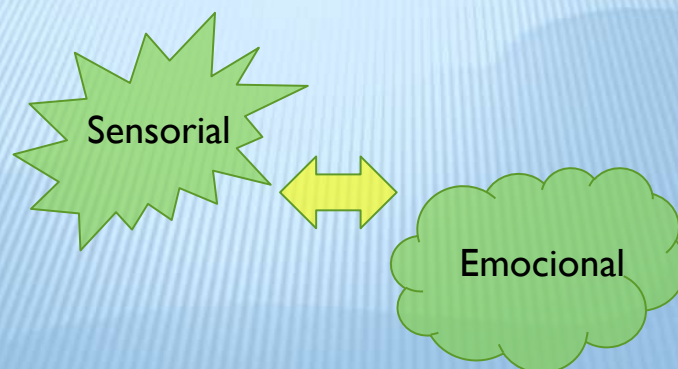
FORMADORA: LEONOR GIL
NOVEMBRO 2010

OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

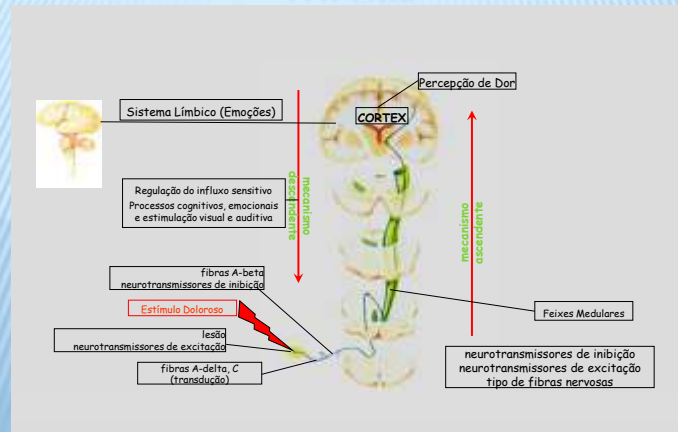
No final da sessão espera-se que:

- ✘ Saiba explicar sumariamente o mecanismo da dor;
- ✘ Diferencie os momentos de utilização das escalas de dor em vigor no CHLC – Pólo HDE;
- ✘ Enumere pelo menos duas estratégias não farmacológicas no controlo de dor, descrevendo a sua utilização.

MECANISMO DA DOR



MECANISMO DA DOR - GATE CONTROL THEORY



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR 0 AOS 12 MESES

Sensível ao toque, procura conforto.

- + Choro alto;
- + Rigidez e/ou agitação;
- + Resistência física;
- + Expressão facial de dor;
- + Procura os pais.



PROCEDIMENTOS BASE 0 AOS 12 MESES

- x Envolver os pais;
- x Posição para ouvir o coração e sentir o cheiro;
- x Atenção ao ângulo de visão;
- x Chucha;
- x Objecto significativo;
- x Mantenha rotinas;
- x Acaricie-o, embale-o, cante, massage-o...



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR TODDLER

Aprendizagem por observação e imitação, compreende instruções simples; expressa-se através dos brinquedos.

- ✘ Chora alto;
- ✘ Expressão facial de raiva;
- ✘ Resistência e comportamentos agressivos;
- ✘ Verbaliza dor;
- ✘ Não coopera.



PROCEDIMENTOS BASE TODDLER

- ✘ Aborde de forma calma, gradual, firme e segura;
- ✘ Envolve os pais;
- ✘ Explique de forma simples;
- ✘ Brinque;
- ✘ A criança deve sentir que participa;
- ✘ Reforce comportamentos positivos;
- ✘ Coloque um penso.



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR PRÉ-ESCOLAR

Pensamento mágico; medo da mutilação; dor como castigo.

- ✘ Grita;
- ✘ Verbaliza dor;
- ✘ Reage com agressão;
- ✘ Não coopera;
- ✘ Tenta fugir, atrasar ou parar o procedimento, afastar o estímulo;
- ✘ Procura apoio emocional e conforto físico.



PROCEDIMENTOS BASE PRÉ-ESCOLAR

- ✘ Explicar antes (atenção à linguagem!)
 - + O q vai fazer;
 - + Porquê;
 - + O que não pode fazer.
- ✘ “Dramatize” para explicar;
- ✘ Envolver a criança;
- ✘ “Esconda” a “ferida” depois;
- ✘ Elogie.



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR ESCOLAR

Pensamento lógico para coisas concretas; quer saber tudo do procedimento; sensível à mentira; gosta de ser cooperante.

- ✘ Rigidez durante o procedimento;
- ✘ Comportamento de evasão;
- ✘ Prefere participar ou distancia-se.



PROCEDIMENTOS BASE ESCOLAR

- ✘ Explique com terminologia científica;
- ✘ Explique o que pode fazer para ajudar;
- ✘ Elogie a colaboração;
- ✘ Permita que execute tarefas simples;
- ✘ Converse antes e após.



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR ADOLESCENTE

Fase de alterações profundas; compreende conceitos abstractos; medo de perder controlo; atento e sensível à imagem corporal; procura privacidade.

- ✗ Menos actividade motora;
- ✗ Tensão muscular, palidez, ar assustado;
- ✗ O fâcies pode não ser fiável.



PROCEDIMENTOS BASE ADOLESCENTE

- ✗ Máximo de informação possível;
- ✗ Converse sobre as preocupações;
- ✗ Proporcione privacidade;
- ✗ Deve ser o jovem a escolher se quer a presença de terceiros;
- ✗ Inclua-o na elaboração do plano de cuidados;
- ✗ Ensine técnicas de controlo de dor.



ESCALAS DE DOR

- ✗ Auto-avaliação

+ Faces
(3 aos 7 anos)



+ Numérica
(a partir dos 8 anos)



ESCALAS DE DOR

✘ Hetero-avaliação

+ NIPS
(RN)

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
Estado Facial	Alargado, simétrico e profundo	Alargado, assimétrico ou não tão profundo	Normal
Choro	Calmo, ruidoso	Calmo (sem choro)	Choro, sem sentido, incoerente, latido. Choro abertivo com movimentos desordenados, não sustentado, fúria
Características do Respiração	Calmo	Respiro em frequência, irregular, não rápida, pouco ruidoso	
Estado de Sono	Respiro, não há agitação/movimento	Torção, agitação, no em estado de alerta, agitação	
Postura	Relaxado	Tensão, tensão, do em estado de alerta, agitação	
Estado de sono	Calmo	Agitação	
Resposta	Resposta (C/ou/sem)	Agitação	

Todos os itens são pontuados de 0 a 2. O total é sempre entre 0 e 10. O estado de sono é pontuado de 0 a 1. O estado de sono é pontuado de 0 a 2. O estado de sono é pontuado de 0 a 2.

ESCALAS DE DOR

✘ Hetero-avaliação (cont.)

+ FLACC
(dos 2 meses aos 19 anos)

Item	Descrição
FACE	0. Nenhuma expressão particular de dor 1. Cílios ou sobrancelhas fechadas de vez em quando, ocasionalmente 2. Testa franzida de quando em quando, raramente 3. Boca fechada ou relaxada
PRNAE	0. Nenhum movimento, posição normal, não se mexe 1. Comovido ou, irritado de vez em quando, não se mexe 2. Comovido, agitado ou irritado
ACTIVIDADE	0. Ausência de choro (exceto no estado de alerta) 1. Choro ou choro ocasional, quando acordado 2. Choro persistente, gritos ou soluços quando acordado
CHORO	0. Ausência de choro 1. Transições por vezes abruptas entre estados de alerta e sono
CONSCIENTE	0. Não se movimenta 1. Não se movimenta

© The Regents of the University of Michigan

ESCALAS DE DOR

✘ Hetero-avaliação (cont.)

+ OPS
(dos 2 meses aos 19 anos – em alternativa à FLACC)

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
Estado Facial	Alargado, simétrico e profundo	Alargado, assimétrico ou não tão profundo	Normal
Choro	Calmo, ruidoso	Calmo (sem choro)	Choro, sem sentido, incoerente, latido. Choro abertivo com movimentos desordenados, não sustentado, fúria
Características do Respiração	Calmo	Respiro em frequência, irregular, não rápida, pouco ruidoso	
Estado de Sono	Respiro, não há agitação/movimento	Torção, agitação, no em estado de alerta, agitação	
Postura	Relaxado	Tensão, tensão, do em estado de alerta, agitação	
Estado de sono	Calmo	Agitação	
Resposta	Resposta (C/ou/sem)	Agitação	

Todos os itens são pontuados de 0 a 2. O total é sempre entre 0 e 10. O estado de sono é pontuado de 0 a 1. O estado de sono é pontuado de 0 a 2. O estado de sono é pontuado de 0 a 2.

ESCALAS DE DOR

✘ Hetero-avaliação (cont.)

- + DESS (em crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais)

QUANDO AVALIAR A DOR NO INTERNAMENTO

- ✘ Pelo menos 1 vez por turno, se a intensidade for ≤ 3 (dor controlada);
- ✘ De 4/ 4 horas ou 2 vezes por turno, ou sempre que necessário, se intensidade ≥ 4 (não controlada e/ ou não tratada);
Tenha em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico!
- ✘ Após o analgésico, 1 hora após se terapêutica PO ou rectal; ½ hora após se terapêutica EV;
- ✘ No momento da alta (permite estabelecer um plano de controlo de dor no domicílio).

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR

- ✘ Distracção e brincadeira;
- ✘ Relaxamento;
- ✘ Imagem guiada;
- ✘ Contrato comportamental;
- ✘ Massagem e *Palming*.

DISTRACÇÃO E BRINCADEIRA

- ✘ Actividades de brincadeira livre (sem indicações) ou lúdica (conduzida com determinado propósito);
- ✘ Imagem guiada com relaxamento.

RELAXAMENTO

- ✘ No lactente ou criança pequena
 - + Segure-o ao colo numa posição confortável, bem apoiada (exemplo: verticalmente contra o peito e ombro);
 - + Embale-o formando um arco amplo e ritmado;
 - + Fale pausada e suavemente, repetindo expressões.

RELAXAMENTO (CONT.)

- ✘ A partir de 1 ano de idade
 - + bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão”;
 - + jogo do “mão morta, vai bater àquela porta”.

(muito útil no caso de administração de terapêutica IM ou IV)

RELAXAMENTO (CONT.)

✘ Controlo do ciclo respiratório

- + Respiração abdominal ou diafragmática (a partir dos 2 anos) e fica “mole como uma boneca de trapos”;
- + Controlo do ciclo respiratório (a partir dos 6 anos)
 1. Inspira mais profundamente que o habitual;
 2. Expira mais forçadamente que o habitual (soprar a vela);
 3. Inspira profundamente;
 4. Retém o ar 5 segundos;
 5. Expira lentamente e imagina que toda a tensão está a sair com o ar;
 6. Fica como o gelado a derreter.

IMAGEM GUIADA

✘ A partir dos 4 anos

1. “Pensa num momento agradável (real ou imaginário)”;
2. “Concentra-te só nisso e conta-me coisas específicas de que gostes muito, com o máximo de sensações possível” (pode utilizar expressões do tipo “o vento leve a bater na cara”, “as cores das conchas no fundo do mar”, “os passarinhos a cantar”...);
3. A criança deverá concentrar-se apenas neste enredo enquanto efectua o procedimento doloroso.

CONTRATO COMPORTAMENTAL

- ✘ Informal (a partir dos 4/ 5 anos);
- ✘ Formal (escrito).

CONTRATO COMPORTAMENTAL (CONT.)

× Informal (a partir dos 4/ 5 anos)

- + Use estrelas ou emblemas como recompensa;
- + Se a criança adiar ou não colaborar, estipule um tempo limitado para completar o procedimento;
- + Caso a criança não colabore, prossiga com o procedimento;
- + Reforce a cooperação com uma recompensa se o procedimento decorrer dentro do previsto.

CONTRATO COMPORTAMENTAL (CONT.)

× Formal (escrito)

- + Escreva o comportamento desejado;
- + Determine comportamentos mensuráveis (ex.: não vais bater em ninguém enquanto fazemos isto”);
- + Identifique recompensas ou consequências;
- + Todos os intervenientes devem datar e assinar o contrato.

MASSAGEM

Remove os produtos de degradação celular e estimula as fibras A β .

Técnica propriamente dita consiste em deslizamento, amassamento, rolamento, compressão, tapotagem e vibração.

Mas pode simplesmente massajar de forma a que a sua intuição lhe diga que a criança está a relaxar.

PALMING

Toque parado da palma das mãos, que trabalham em simultâneo e em paralelo, ou seja, sempre que possível à mesma altura, (...) com os dedos a apontar para a cabeça da criança, (...) tocando durante 3 a 4 ciclos respiratórios.

1. Com a criança em decúbito dorsal com a cara virada para o lado contrário de quem aplica o toque, começar por um dos lados do corpo;
2. Comece na cabeça, passando para a cara;
3. De seguida, para o braço e mão;
4. Passe depois para a parte anterior do pescoço, peito e abdómen;
5. Siga para a anca, coxa, perna e termine no pé;
6. Em decúbito ventral com a cabeça virada para o lado contrário de quem aplica o toque, comece na cabeça, passando depois à nuca, parte posterior do pescoço, ombro, braço e mão. No ombro, começa-se pela omoplata, seguindo-se o dorso, a zona lombar, a anca, nádegas, coxa, perna e pé.

Muito Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✦ **Saúde, Direção Geral de,** Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: s.n., 2003. Disponível em www.dgs.pt
- ✦ **Batalha, Luís,** Dor em Pediatria: Compreender para Mudar, 1ª ed. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda, 2010, p. 126. ISBN 978-972-757-593-0.
- ✦ **Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros,** Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: s.n., 2008. Disponível em <https://membros.ordemdenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernos-de-dor.pdf>.
- ✦ **Saúde, Direção Geral de,** Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: s.n., 2008. Disponível em www.dgs.pt.
- ✦ **Wong, Donna L, et al,** Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva, 2ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p. 910. ISBN 85-277-0306-0.
- ✦ **Hockenberry, Marilyn J., Wilson e Winkelstein,** Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7th, Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN 13: 978-85-352-1913-0.
- ✦ **Dor, Grupo de Trabalho Contra a,** Avaliação da Dor enquanto 5ª Sinal Vital.
- ✦ **Eler, Gabriel João e Jacques, André Esteves,** O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. Disponível em <https://revistas.unipar.br/saude/artigos/viewfile/624/5411>.
- ✦ **Barros, Luísa,** Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista, 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003, p. 220. ISBN 972-796-081-2.
- ✦ **Payne, A,** Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de Saúde, 2ª ed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003, p. 276. ISBN 972-83383-41-X.
- ✦ **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E,** Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria, 2009, Curso de Formação em Serviço.
- ✦ **Ferriand, Francine,** Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida, 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006, p. 223. ISBN 972-796-253-X.
- ✦ **Câncer, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de,** Cuidados Palliativos Oncológicos - Controlo da Dor. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 120. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. ISBN 98-7-7348-079-X.
- ✦ **CEFAD - Formação Profissional, Lda,** Quiromassagem, 2008-2009, Curso frequentado pela autora do artigo.
- ✦ **Dor, Grupo de Trabalho Contra a,** Protocolo de aplicação tópica de anestésico local ao utente pediátrico - EMLA, 2010.
- ✦ **Protocolo de administração de sacarose oral ao doente pediátrico,** s.l.: CHLC, 2010.

Avaliação da sessão

Foi possível efectuar sete sessões de formação, tendo-se conseguido chegar a 15 dos 16 enfermeiros do serviço.

A avaliação da sessão foi feita de acordo com o formulário de avaliação da sessão de formação em serviço em vigor no Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Na primeira parte do formulário é pedido que o formando “coloque uma cruz na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem” (as percentagens foram arredondadas às décimas).

Apreciação Global	Discorda totalmente		Discorda		Concorda		Concorda totalmente	
	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0	0%	0	0%	7	46,7%	8	53,3%
2. Os objectivos da formação foram cumpridos.	0	0%	0	0%	5	33,3%	10	66,7%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.	0	0%	0	0%	4	26,7%	11	73,3%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0%	0	0%	3	20%	12	80%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	0	0%	0	0%	5	33,3%	10	66,7%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0	0%	0	0%	6	40%	9	60%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0	0%	0	0%	5	33,3%	10	66,7%
8. A documentação distribuída/disponibilizada contém qualidade.	0	0%	0	0%	6	40%	9	60%
9. Ao audiovisuais foram adequados à mensagem transmitida.	0	0%	0	0%	6	40%	9	60%
10.A duração da formação foi adequada.	0	0%	3	20%	6	40%	6	40%
11.O horário da formação foi adequado.	0	0%	2	13,3%	7	46,7%	6	40%

Na segunda parte do formulário é pedido que os formandos classifiquem a formadora e a metodologia, utilizando a seguinte escala: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom e 4 – Muito Bom. As percentagens foram arredondadas às décimas.

Metodologia	1		2		3		4	
	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%
12.Domínio dos conteúdos apresentados.	0	0%	0	0%	4	26,7%	11	73,3%
13.Facilidade na transmissão de conhecimentos.	0	0%	0	0%	4	26,7%	11	73,3%
14.Clareza na transmissão de conhecimentos.	0	0%	0	0%	5	33,3%	10	66,7%
15.Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0	0%	0	0%	6	40%	9	60%
16.Interacção com o grupo.	0	0%	0	0%	2	13,3%	13	86,7%
17.Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0	0%	0	0%	4	26,7%	11	73,3%
18.Gestão do tempo.	0	0%	0	0%	4	26,7%	11	73,3%
19.Pontualidade.	0	0%	0	0%	3	20%	12	80%

Relativamente ao último item, “*Comentários e sugestões de melhoria*”, não foi feito qualquer comentário ou dada qualquer sugestão.

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

Estratégia	Idade	O que fazer?
Distracção e brincadeira livre (sem orientação) ou lúdica (orientada) (utilizadas em dor breve)	RN	Música; canção
	Até 2 anos	Jogos
	3 – 6 anos	Histórias; fantasia
	Crianças mais velhas	Fale da escola, de filmes, jogos, música, faça imaginação guiada
Relaxamento	Lactente ou criança pequena	<ul style="list-style-type: none"> • Segure-o ao colo numa posição confortável, bem apoiada (exemplo: verticalmente contra o peito e ombro); • Embale-o formando um arco amplo e ritmado; • Fale pausada e suavemente, repetindo expressões
	A partir de 1 ano	Bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão”; Jogo do “mão morta, vai bater àquela porta”. <small>(muito útil no caso de administração de terapêutica IM ou IV)</small>
	A partir dos 2 anos	Respiração abdominal ou diafragmática e depois fica “mole como uma boneca de trapos”
	A partir dos 6 anos	<p>Controlo do ciclo respiratório</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspira mais profundamente que o habitual; 2. Expira mais forçadamente que o habitual (soprar a vela); 3. Inspira profundamente; 4. Retém o ar 5 segundos; 5. Expira lentamente e imagina que toda a tensão está a sair com o ar; 6. Fica como o gelado a derreter.
Imagem Guiada	A partir dos 4 anos	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Pensa num momento agradável (real ou imaginário)”; 2. “Concentra-te só nisso e conta-me coisas específicas de que gostes muito, com o máximo de sensações possível” (pode utilizar expressões do tipo “o vento leve a bater na cara”, “as cores das conchas no fundo do mar”, “os passarinhos a cantar”...); 3. A criança deverá concentrar-se apenas neste enredo enquanto efectua o procedimento doloroso.
Contrato comportamental	<p>Informal</p> <p>A partir dos 4/ 5 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use estrelas ou emblemas como recompensa; • Se a criança adiar ou não colaborar, estipule um tempo limitado para completar o procedimento; • Caso a criança não colabore, prossiga com o procedimento; • Reforce a cooperação com uma recompensa se o procedimento decorrer dentro do previsto.
	<p>Formal</p> <p>A partir ± dos 8 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escreva o comportamento desejado; • Determine comportamentos mensuráveis (ex.: não vais bater em ninguém enquanto fazemos isto”) • Identifique recompensas ou consequências; • Todos os intervenientes devem datar e assinar o contrato.

Elaborado por Leonor Gil, aluna de Mestrado de Especialidade em SIP da UCP.

Orientada por Sr.ª Enf.ª Anabela Glória, Enf.ª Especialista em SIP do CHLC, pólo HDE.

2010

Referências bibliográficas: Batista, Lda. Dor em Pedidos: Compreender para Melhor. 1ª ed. Lisboa: Lúdi - edição técnica, Lda, 2010, p. 24. ISBN 978-972-757-493-0. Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros, Div. Gest. Operador de Boa Prática, Lisboa, s.n., 2008. Disponível em www.ordenenfermeiros.pt/boapublica/boapublica.pdf. Saúde, Direcção Geral de, Cuidar. Novembro n.º 1 (IDSCSDPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor, Lisboa, s.n., 2008. Disponível em www.dgs.gov.pt. Wong, Donna L., et al. Enfermagem Pediátrica - Direitos Essenciais. 8ª edição. Elsevier, 2ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p. 910. ISBN 85-377-6508-0. Mackintosh, Marjorie J., Wilson e Wiklund. King. Tratamento de Edema em Pedidos. 7th. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2004. ISBN 13 978-0-323-1918-0. Ezer, Gabriel. Jactura e Jactura, André Esteves. O infante e os seus cuidados para a dor. Disponível em www.dgs.gov.pt. Barros, Lúcia. Pedagogia Pediátrica. Perspectiva desafiadora. 2ª ed. Lisboa: Climep Editores, 2003, p. 220. ISBN 972-796-081-2. Payne, A. Técnicas de Relaxamento em Cuidado para Profissionais de Saúde. 2ª ed. Lourenço: Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003, p. 278. ISBN 972-8383-141-X. Centro Hospitalar da Lisboa Central, E.P.E. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Pedidos 2009. Curso de Formação em Serviços. Farland, Françoise. Vamos brincar? Na infância e no tempo de não a vida. 1ª ed. Lisboa: Climep Editores, 2006, p. 223. ISBN 972-796-213-X.

Esta reflexão surge na sequência da situação da Daniela, 4 anos, mencionada anteriormente no Anexo V.

Percebe-se que se torna difícil recorrer às estratégias não farmacológicas quando há um só enfermeiro a prestar cuidados. Pode-se envolver os pais, facilita, mas tem de se fazer ensino prévio e as crianças nem sempre aderem bem. Pode-se dizer que há crianças que aderem melhor a estratégias como a distração com elementos estranhos (talvez por serem novidade e “santos de casa não fazem milagres”) nomeadamente com os enfermeiros.

O problema reside no facto de muitas vezes a dotação enfermeiro/ crianças ser muito elevada. É claro que depende dos serviços e do grau de gravidade das crianças internadas mas, de qualquer forma, a pediatria é um ramo que exige especial atenção por parte dos enfermeiros, quer pela sua complexidade quer pela fragilidade física, emocional e, com muita frequência social que as crianças/ jovens têm. É uma fase de construção, de traçar o que vão ser quando chegarem à idade adulta. Cabe ao enfermeiro em particular, por ser o elemento da equipa transdisciplinar que mais tempo passa junto das crianças/ jovens e suas famílias, certificar-se que são prestados todos os cuidados essenciais ao seu bem-estar. É o enfermeiro especialista em SIP que melhor consegue estabelecer as prioridades pois é ele que está mais habilitado para avaliar o desenvolvimento da criança/ jovem e a dinâmica familiar e social. Por isso, cabe-lhe a ele, de certa forma, orientar a restante equipa na prestação de cuidados. Mas como é possível conseguir-se a verdadeira sensação de dever cumprido se não é possível prestar mais do que os cuidados básicos que garantam o mínimo de bem-estar à criança/ jovem e família só porque a dotação enfermeiro/ doente é desadequada dada a complexidade de cada caso?

A aplicação das estratégias não farmacológicas no controlo de dor pode estar comprometida porque “não há tempo” para o fazer (esta opinião é confirmada pelo inquérito que foi aplicado durante o estabelecimento de diagnóstico de situação). É verdade que há estratégias que são de fácil e rápida aplicação, seja em que situação for mas tornam-se mais fáceis quando existem pelo menos 2 elementos de enfermagem... É certo que a participação dos pais é essencial mas eles próprios estão fragilizados e necessitados de atenção. Numa situação imediata e em que não houve tempo para um ensino prévio, o enfermeiro tem de actuar da forma que achar mais adequada. Voltemos ao caso mencionado acima. Durante a prestação de cuidados, numa situação que causava dor e desconforto à criança, estavam presentes uma assistente operacional, um enfermeiro e os pais. Ao verem a filha assim, os pais começaram a chorar, aumentando a ansiedade da criança. Ora, os cuidados estavam a provocar dor e tinham de ser prestados de forma estruturada, dando atenção aos passos a adoptar. Não podendo contar com o auxílio dos pais naquela situação específica para “distrair” a criança, só restava a assistente operacional... sem conhecimentos das características específicas da fase de desenvolvimento da criança nem dos passos a seguir. Tudo se tornou mais fácil quando outro enfermeiro tomou o lugar da assistente operacional e começou a

aplicar as técnicas da distração intencional e da imagem guiada. O comportamento da criança alterou-se por completo, permitindo uma prestação de cuidados mais rápida e eficaz, sem dor. No entanto, e porque havia mais crianças “para cuidar”, não havia tempo para conversar com os pais ou com a criança depois, para treinar as estratégias não farmacológicas, para explicar o que tinha acontecido ou o que ia acontecer. Tal apenas foi possível porque existia um elemento suplementar... Das vezes seguintes, e porque os pais já estavam familiarizados com as estratégias a utilizar e com as intervenções que iriam ter lugar, o comportamento quer da criança quer dos pais foi completamente diferente...

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) editou no final de 2010 um documento em que apresenta a situação dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica em Portugal, falando dos princípios gerais na determinação da dotação (princípios relacionados com os cuidados ao doente, com os profissionais e com a organização) e propõe rácios mínimos de enfermeiros nas unidades pediátricas com base em normas internacionais.

O rácio enfermeiro/ criança, dependendo da complexidade dos casos, não permite muitas vezes uma prestação de cuidados íntegra e como o próprio brio e responsabilidade profissional pede, pelo que cuidados acabam por ser muitas vezes os considerados essenciais. Ao longo do documento a CNSCA refere que

“para dar resposta à complexidade do cuidar pediátrico exige-se uma prática de cuidados de enfermagem competente e fundamentada, numa perspectiva científica, ética e experiência; requerem-se dotações adequadas, enfermeiros experientes na área específica (pediátrica) e pelo menos um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica por roulement, que oriente as equipas”.

Continua referindo que *“a dotação adequada de enfermeiros é um dos factores fundamentais para que se prestem cuidados de qualidade aos utentes, com dotações adequadas há diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade”.*

Assim, a CNSCA propõe como rácios:

- Cuidados Hospitalares
 - Enfermaria – 1 Enf./ 6 crianças;
 - C. Intensivos – 1 Enf./ 2 crianças;
 - C. Intermédios - 1 Enf./ 4 crianças;
 - U.I. Curta Duração – 1 Enf./ 4 crianças;
 - Urgência Pediátrica – mínimo 3 elementos/ turno

Em cada um dos serviços do hospital, em cada equipa de roulement, deve fazer parte 1 Enf. Especialista em S. Infantil para assegurar:

- Cuidados em situações complexas
- orientação da equipa (de generalistas) na prestação de cuidados à criança e família.

Referências Bibliográficas

Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente - “**O enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente**”. 2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/04/enfermeiros-e-cuidados-de-saude-crianca-e-adolescente.pdf>

Consultado a 14 Dez 2010 (22:15:31)

Intervenções de enfermagem referentes à DOR (inclui itens relativos às Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor) que pode encontrar no SAPE:

- Aplicar frio
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias no alívio da dor (pode ser aplicado aos pais/ pessoa significativa e criança/ adolescente quando faz a história de dor na criança)
- Ensinar sobre auto-vigilância: dor
- Ensinar sobre auto-controlo: dor
- Ensinar sobre técnica de relaxamento
- Ensinar sobre técnica de distração
- Executar técnica de imaginação guiada
- Executar técnica de relaxamento
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Gerir a analgesia
- Incentivar o auto-controlo: dor
- Incentivar relação dinâmica com pessoas com auto-controlo: dor eficaz
- Instruir a pessoa (neste caso aplicado aos pais/ pessoa significativa ou à criança mais velha) sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
- Instruir sobre auto-vigilância: dor
- Instruir técnica de relaxamento
- Instruir técnica de respiratória (procedimento)
- Monitorizar a dor através da escala de dor (auto e hetero-avaliação)
- Promover envolvimento da família
- Treinar auto-vigilância da dor
- Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio de dor
- Vigiar dor

Atenção!

Vigiar ≠ Monitorizar

Acção de Monitorizar com as características específicas: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo

Acção de Determinar com as características específicas: escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa

Nota: Determinar - acção com as características específicas: Descobrir ou estabelecer com precisão a presença de alguma coisa.

In: **Portugueses, Ordem dos Enfermeiros. 2006.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 1.0.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006. Copyright 2005 by ICN - International Council of Nurses 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Switzerland). ISBN 92-95040-36-8.

Anexo XV - Algumas situações em que se aplicou a técnica TAC-TIC

Vejamos alguns casos em que foi aplicada a técnica TAC-TIC:

- Bebê com 1 mês e 20 dias de idade, agitada após prestação de cuidados de higiene. Foi administrada a técnica TAC-TIC de acordo com o exposto no Manual elaborado pela mestranda (anexo XVI) concomitantemente com a sucção não-nutritiva. A bebê fica calma, dormindo de seguida por um período mais longo do que o seu habitual;
- Bebê de 26 dias de idade, agitado, polipneico e com Sat O₂ de 94%. Aplicada técnica de TAC-TIC, observando-se uma diminuição e estabilização da FR e um aumento da Sat O₂ para 97% após a sua administração. O bebê fica calmo e adormece;
- Bebê com 16 dias de idade, muito agitado no final do turno. Aplicada técnica de TAC-TIC em conjunto com sucção não-nutritiva e adormece;
- Bebê de 1 mês e 25 dias de idade, agitado e aparentemente pouco receptivo ao toque. Aguardou-se um pouco e reavaliou-se a tolerância do bebê. Administrou-se a técnica de TAC-TIC, o bebê foi muito receptivo, acalmando aquando dos toques. Fica muito calmo e a FC, anteriormente de 149 bpm, estabiliza nos 120 bpm;
- Bebê com 1 mês e 23 dias de idade. Foram prestados os cuidados de higiene, foi trocada sonda orogástrica, refeito penso de CVC e mudados os adesivos de acesso periférico, finalizando-se com a realização da massagem de acordo com protocolo do serviço. Bebê fica agitado. Aplica-se a técnica de TAC-TIC e observa-se o bebê a acalmar progressivamente até adormecer.

A mestranda já havia aplicado anteriormente a técnica no seu contexto de trabalho, o BO, após explicar aos colegas e anestesista as vantagens e benefícios da mesma, num RN prematuro de 30 semanas e idade corrigida de 1 dia. Após cirurgia abdominal, o RN apresentava FC de 200 bpm e quando se avaliava a sua resposta sem suporte ventilatório mecânico, as Sat O₂ passavam de 98% para 80%. Experimentou então aplicar a técnica de TAC-TIC mas apenas na zona da face e observou-se uma descida progressiva da FC, estabilizando nos 120-130 bpm. As Sat O₂ também subiram, mantendo-se estáveis. O RN saiu da sala de operações somente com suporte de oxigénio por sonda.

Anexo XVI – Conversas informais com alguns enfermeiros da UCIN para estabelecimento do diagnóstico de situação

Elaborou-se um pequeno guião para estabelecer uma conversa informal com alguns elementos do serviço como forma de estabelecer um diagnóstico de situação relativamente à técnica TAC-TIC na UCIN do CHLC – Pólo HDE.

Este consistia nas seguintes questões:

- Qual é a importância que dá à dor no bebé nesta Unidade durante a sua prestação de cuidados?
- Costuma aplicar estratégias não farmacológicas para prevenção ou diminuição da dor no bebé? Se sim, quais?
- Conhece o método TAC-TIC? Se não, gostava de saber o que é? Se sim, já o aplicou?

Enf. 1

Considera a dor um elemento extremamente importante na prestação de cuidados ao RN na UCIN. Costuma utilizar a sucção não nutritiva (chucha), a presença dos pais e a contenção (muitas vezes feita pelos pais) para prevenir ou diminuir a dor. Nunca ouviu falar da TAC-TIC e gostava de saber e aprender o que é. Refere que está totalmente disponível para uma demonstração da técnica durante a sua prestação de cuidados.

Enf. 2

Considera que a dor é extremamente importante para o conforto do RN. Costuma recorrer às estratégias não farmacológicas antes das manipulações e sempre que, após avaliação, considere que o RN pareça ter dor. Como estratégias não farmacológicas, utiliza a contenção e a sucção não nutritiva. Faz referência à utilização da sucrose. Pensava que a TAC-TIC era uma massagem. Gostava de saber mais e considera que uma demonstração era importante.

Enf. 3

Considera que a dor é extremamente importante na prestação de cuidados ao RN e por isso deve ser prevenida, controlada e avaliada. Costuma utilizar a presença dos pais, a contenção, a sucção não nutritiva e a sucrose. Já ouviu falar da TAC-TIC mas não se lembra do que é e gostava muito de saber mais.

Enf. 4

Considera que a dor é extremamente importante na prestação de cuidados ao RN. Costuma utilizar mais a sucção não nutritiva e a contenção. Nunca ouviu falar da TAC-TIC, gostava de

saber mais e aprender a aplicá-la. Considera que uma acção de formação seria benéfica, seguida de um acompanhamento da aplicação da técnica durante a sua prestação de cuidados.

Enf. 5

Dá importância à dor (não refere o porquê em particular). Usa a sucção não nutritiva e a contenção. Não conhece a TAC-TIC e gostava de saber mais.

Enf. 6

Dá importância à dor porque interfere no conforto do bebé. Normalmente utiliza estratégias não farmacológicas (sucção não nutritiva associada a sucrose, contenção e presença dos pais). Não sabe o que é a TAC-TIC e gostava de saber mais, sugerindo uma demonstração.

Enf. 7

Considera que a dor é muito importante no conforto do bebé e que é um auxiliar para se conseguir avaliar as intervenções de enfermagem antes, durante e depois da sua aplicação. Costuma conjugar estratégias não farmacológicas com farmacológicas quando pretende diminuir ou prevenir a dor. As que mais aplica é a sucrose, a sucção não nutritiva, a contenção e a contenção com os pais. Gostava de aprender a TAC-TIC e sugere a demonstração da técnica num boneco imediatamente após as passagens de turno.

Enf. 8

Considera que a dor é extremamente importante na manutenção do conforto do bebé. Costuma recorrer em primeira linha às estratégias não farmacológicas (refere o toque, posicionamento, contenção, contenção com os pais, sucção não nutritiva e sucrose) e depois recorre às farmacológicas, após avaliação da dor de acordo com a escala NIPS. Já ouviu falar da TAC-TIC como sendo uma técnica de toque quando fez o curso de massagem para bebés na Associação Portuguesa de Massagem Infantil. Nunca aprofundou conhecimentos na área e gostava de aprender/ saber mais. Considera que um ensinamento teórico é importante, seguido de uma demonstração prática.

Enf. 9

Considera que a dor é muito importante para o conforto do bebé. Refere que costuma utilizar a contenção e a sucção não nutritiva. Nunca ouviu falar do TAC-TIC e gostava de saber mais.

Enf. 10

Acha que a dor é importante para o conforto e a boa recuperação do bebê. Usa a contenção, posicionamento e a sucção não nutritiva. Nunca ouviu falar da TAC-TIC e gostava de aprender. Sugere uma demonstração.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL
PÓLO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA



TAC-TIC

Elaborado por:

Leonor Gil - 102009010

Aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da
Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

Orientada por:

Enf^ª Especialista Ivete Monteiro

Lisboa, Novembro 2010

Os bebés prematuros, tal como os outros bebés, necessitam do contacto pele com pele, de calor humano e de carinho para serem mais saudáveis

A pele é o maior e mais sensível de todos os nossos órgãos e é o primeiro meio de comunicação com o mundo. É através da pele que o ser humano percebe o ambiente que o rodeia, compreende o mundo externo e confirma a existência de uma realidade objectiva.

O toque é considerado como uma das formas mais importantes de comunicação não verbal, podendo transmitir mensagens positivas ou negativas à pessoa. É um tipo especial de proximidade, pois quando alguém toca o outro a experiência é sempre recíproca. Quando se toca alguém há partilha de energias, sente-se a temperatura, a forma como se toca, as emoções que se transmitem entre outros aspectos. O toque actua a nível da pele e permite o fluir das emoções, tornando o corpo mais receptivo às sensações agradáveis. E no bebé é, de facto, o meio principal de comunicação. É na pele que o bebé recebe a maior parte das mensagens que dizem respeito aos sentimentos e às emoções existentes em relação a si.

Estudos revelam que uma simples carícia pode melhorar a saúde de bebés prematuros. O acto de passar a mão suavemente sobre ele, numa única direcção, estimula a produção de imunoglobina A, célula de protecção do organismo, reforçando o sistema imunológico do bebé e tornando-o mais resistente às infecções.

A terapia do TAC-TIC (Touching and Caressing; Tender In Caring - em inglês Toçar e Acariciar, Suavidade no Trato) foi desenvolvida pela brasileira Elvidina Adamson-Macedo, especialista em psicologia comportamental, na Universidade de Londres. “*Não é massagem, são toques delicados e continuados*”, explica a psicóloga. A técnica está a ser aplicada em vários hospitais no Brasil, no Reino Unido e no Chile. Tem sido utilizada com óptimos resultados a nível da aquisição mais rápida da autonomia respiratória (as saturações de oxigénio aumentam) e alimentar, reduzindo o tempo de internamento nas unidades de cuidados intensivos. O último aspecto é explicado por estudos que documentam que há um aumento da velocidade e eficácia do reflexo de sucção, melhorando ainda assim a digestão devido ao aumento da secreção de uma substância denominada lipase. É interessante referir ainda que os bebés estudados internados numa UCIN e que receberam TAC-TIC logo nas 48h após o nascimento têm uma perda de peso fisiológica inferior na primeira semana de vida e ganham mais peso nas semanas subsequentes do que aqueles que não receberam a técnica.

O TAC-TIC consiste em 22 movimentos suaves e devem ser feitos pelo menos duas vezes ao dia, demorando cerca de 3 ou 4 minutos no bebé recém-nascido e prematuro (caso não seja prematuro, o tempo de aplicação da técnica poderá ser prolongado mas nunca além dos 10 minutos para não constituir uma sobre-estimulação). Este método não é uma massagem pois não actua nos músculos. A sua acção é sobre as terminações nervosas da pele e consiste em toques delicados, sistemáticos e continuados.

Três minutos depois dos toques neuronais, consegue-se observar uma estabilização da tensão arterial e da frequência cardíaca. Há ainda um aumento da produção de Imunoglobulina A no organismo, substância tida como sendo um dos factores chave na prevenção de infecções, o que significa que a técnica estimula o sistema imunitário do bebé. Verifica-se ainda a produção de betaendorfina, um anestésico naturalmente produzido pelo corpo, melhorando o quadro fisiológico do bebé (incluindo aumento de peso), diminuindo a dor e aliviando o stress. Por isso, o bebé adquire movimentos mais

coordenados e apresentam um comportamento físico indicativo de maior grau de conforto (mesmo que estejam ventilados).

O tratamento terapêutico deve ser mantido até o bebê ter do hospital.

A técnica obedece a 4 princípios fundamentais: **delicadeza, ritmo, equilíbrio e continuidade**. A gentileza implica que o toque deve ser leve e tão gentil como “o toque de uma borboleta” ou seja, o toque é suave e a descoloração da pele não deverá ocorrer. Cada movimento deve ser efectuado à mesma velocidade e nas mesmas proporções temporais, mantendo, assim, um ritmo constante (repetido e periódico). Deve-se procurar manter um equilíbrio no movimento de forma a não a sobre estimular o bebê. Finalmente, é importante manter uma mão sempre em contacto com a pele do bebê, mesmo durante a transição dos movimentos.

Dado que nos bebês pré-termo o tempo de aplicação da terapia é de 3 a 4 minutos, sugere-se que **cada toque tenha uma duração de 10 segundos**.

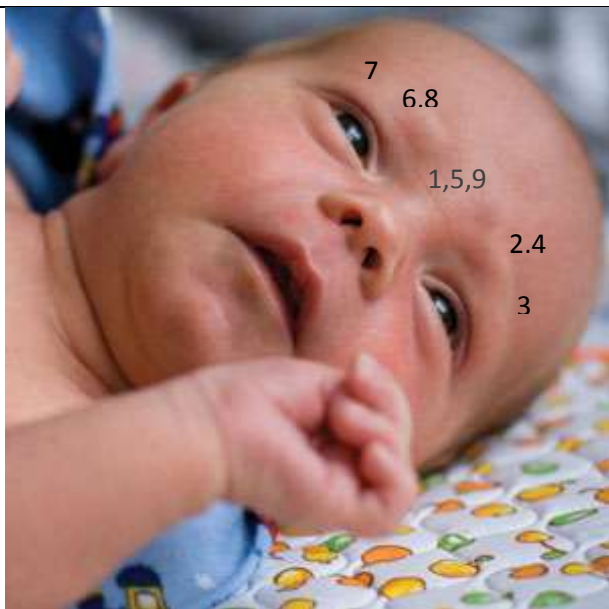


Imagem 1 – Ordem dos toques neuronais na face (testa)

Comece no espaço entre as sobrancelhas. Com 1 dedo, imprima pressão muito gentil (1). De seguida, passe para o lado esquerdo e exerça pressão gentil mais ou menos na zona mediana da sobrancelha (2). De seguida, passe o dedo para a zona de limite lateral do osso parietal e exerça pressão gentil (3). Volte atrás e exerça pressão gentil novamente na zona mediana da sobrancelha (4), terminando no sulco entre as sobrancelhas (5). Repita no lado direito (6,7,8,9).



Imagem 2 – Toque neuronal na palma da mão

Comece pela mão esquerda. Comprima gentilmente com o polegar o centro da palma da mão.

 <p data-bbox="352 636 833 667">Imagem 3 - Toque neuronal na planta do pé</p>	<p data-bbox="970 248 1369 360">Comece pelo pé esquerdo. Comprima gentilmente com o polegar o centro da planta do pé.</p>
--	---

 <p data-bbox="316 1397 871 1429">Imagem 4 - Ordem dos toques neuronais no tórax</p>	<p data-bbox="970 748 1369 1585">Comece acima da linha mamilar, na zona central do tórax. Com I dedo, imprima uma pressão gentil (1). De seguida, passe desça para a zona da linha mamilar, porção média, mantendo a pressão gentil (2). De seguida, passe o dedo para a zona imediatamente acima do apêndice xifóideu e exerça pressão gentil (3). A seguir, passe para a zona abaixo do apêndice xifóideu (já na porção superior de abdómen) (4), Volte à zona imediatamente acima do apêndice xifóideu (5). Passe para o lado esquerdo, abaixo do mamilo (6). Volte à zona imediatamente acima do apêndice xifóideu (7), passe para o lado direito, abaixo do mamilo (8) e termine na zona imediatamente acima do apêndice xifóideu (9).</p>
--	---

“Os seres humanos não sobrevivem sem o toque, é uma necessidade comportamental básica”.

Ashley Montagu (Antropólogo)

O toque cria laços afectivos, transmite amor, ternura, carinho e segurança (ao bebé), contribuindo para o desenvolvimento harmonioso e saudável do bebé.

Referências bibliográficas:

- **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.** *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria*. 2009. Curso de Formação em Serviço
- <http://www.answers.com/topic/neo-haptic-touch>
- <http://www.isisweb.org/view/0/brighton2000tues33.html>
- http://www.istoe.com.br/reportagens/33807_TOCAR+E+FUNDAMENTAL
- http://www1.unimed.com.br/nacional/bom_dia/saude_destaque.asp?nt=4190
- <http://www.thefreelibrary.com/The+power+of+touch-a060355270>
- <http://www.isppm.de/vienna/Vienna-Symposium%202001.pdf>
- <http://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/33753/1/Barnes%20PhD%20thesis.pdf>
- <http://lib.bioinfo.pl/paper:11455348>

Imagem 1 disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.guiame.com.br/images_materia/materia/g_5377.jpg&imgrefurl=http://www.guiame.com.br/v4/67406-1706-Quando-o-beb-prematurado-vai-para-casa.html&usq=__C9TpV_GiBKLG0qgrU3r95RE3HzE=&h=300&w=300&sz=20&hl=pt-pt&start=74&zoom=1&tbnid=cuyrzGdFbNvTvM:&tbnh=141&tbnw=141&prev=/images%3Fq%3Drec%25C3%25A9m-nascido%2Bprematuro%26um%3D1%26hl%3Dpt-pt%26biw%3D1257%26bih%3D601%26tbs%3Disch:10%2C2083&um=1&itbs=1&iact=hc&vpx=832&vpy=255&dur=1989&hovh=225&hovw=225&tx=113&ty=120&ei=kl_zTLv7ls-SOunXzfoj&oei=TozzTMe7FYyUOs7lwPEJ&esq=37&page=5&ndsp=18&ved=1t:429,r:16,s:74&biw=1257&bih=601

Imagem 2 disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_p7xDO3Rdm0w/SSeZdSYI6UI/AAAAAAAAAI0/NK_uQEncKRu/s200/prematurado_3.jpg&imgrefurl=http://meuprematurado.blogspot.com/2008_11_22_archive.html&usq=__DltqnFV2UIOHvfZ_JZWtSIwBn2Y=&h=152&w=200&sz=8&hl=pt-pt&start=180&zoom=1&tbnid=CsQIAIfob_nrIM:&tbnh=121&tbnw=160&prev=/images%3Fq%3Drec%25C3%25A9m-nascido%2Bprematuro%26um%3D1%26hl%3Dpt-pt%26biw%3D1257%26bih%3D601%26tbs%3Disch:10%2C4788&um=1&itbs=1&iact=hc&vpx=360&vpy=370&dur=647&hovh=121&hovw=160&tx=70&ty=71&ei=r4zzTJOWLcSaOqyhufkj&oei=TozzTMe7FYyUOs7lwPEJ&esq=11&page=11&ndsp=18&ved=1t:429,r:7,s:180&biw=1257&bih=601

Imagem 3 disponível em

http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://mediaserver.rr.pt/newrr/bebe-prematurado18265b277_400x225.jpg&imgrefurl=http://www.rr.pt/printArticle.aspx%3Fdid%3D79591&usq=__VQTDXkVmQLPf7onfk2N9SRnH7Ok=&h=225&w=400&sz=11&hl=pt-pt&start=92&zoom=1&tbnid=DHX47ak6Cx9XvM:&tbnh=102&tbnw=181&prev=/images%3Fq%3Drec%25C3%25A9m-nascido%2Bprematuro%26um%3D1%26hl%3Dpt-pt%26biw%3D1257%26bih%3D601%26tbs%3Disch:10%2C2431&um=1&itbs=1&iact=hc&vpx=109&vpy=122&dur=66&hovh=168&hovw=300&tx=130&ty=89&ei=0ozzTNicMMugOsuxglEK&oei=TozzTMe7FYyUOs7lwPEJ&esq=14&page=6&ndsp=18&ved=1t:429,r:0,s:92&biw=1257&bih=601

Imagem 4 disponível em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_UA24uBGg-lo/TMKombmTccl/AAAAAAAHAH8/pZPC13W_WFk/s320/untitled.bmp&imgrefurl=http://universolajista.blogspot.com/2010/10/amargosabebe-prematurado-e-encontrado-em.html&usq=__1xB8kTsuGI0GK2WYcKlKgSQAh3g=&h=170&w=297&sz=9&hl=pt-pt&start=272&zoom=1&tbnid=vbC0LVtPJfI3iM:&tbnh=101&tbnw=177&prev=/images%3Fq%3Drec%25C3%25A9m-nascido%2Bprematuro%26um%3D1%26hl%3Dpt-pt%26biw%3D1257%26bih%3D601%26tbs%3Disch:10%2C6997&um=1&itbs=1&iact=hc&vpx=625&vpy=

[374&dur=1066&hovh=136&hovw=237&tx=118&ty=125&ei=a43zTMf6BoSVOurmalK&oei=TozzTMe7FYyUOs7lwPEJ&esq=24&page=16&ndsp=18&ved=1t:429,r:3,s:272&biw=1257&bih=601](#)



TAC-TIC



Touching and Caressing; Tender In Caring

- Faça pelo menos duas vezes ao dia;
- Dura cerca de 3 ou 4 minutos no RN e prematuro; cada toque com duração de 10 segundos;
- Obedeça aos 4 princípios fundamentais: **Delicadeza**, **Ritmo**, **Equilíbrio** e **Continuidade**.



Imagem 1 – Ordem dos toques neuronais na face (testa)

Comece no espaço entre as sobrancelhas. Com 1 dedo, imprima pressão muito gentil (1); De seguida, passe para o lado esquerdo e exerça pressão gentil mais ou menos na zona mediana da sobrancelha (2); De seguida, passe o dedo para a zona de limite lateral do osso parietal e exerça pressão gentil (3); Volte atrás e exerça pressão gentil novamente na zona mediana da sobrancelha (4); Terminando no sulco entre as sobrancelhas (5); Repita no lado direito (6,7,8,9).



Imagem 2 – Toque neuronal na palma da mão

Comece pela mão esquerda. Comprima gentilmente com o polegar o centro da palma da mão.



Imagem 3 - Toque neuronal na planta do pé

Comece pelo pé esquerdo. Comprima gentilmente com o polegar o centro da planta do pé.



Imagem 4 - Ordem dos toques neuronais no tórax

Comece acima da linha mamilar, na zona central do tórax. Com 1 dedo, imprima uma pressão gentil (1); Passe e desça para a zona da linha mamilar, porção média, mantendo a pressão gentil (2); Passe o dedo para a zona imediatamente acima do apêndice xifóide e exerça pressão gentil (3); Passe para a zona abaixo do apêndice xifóide (4); Volte à zona imediatamente acima do apêndice xifóide (5); Passe para o lado esquerdo, abaixo do mamilo (6); Volte à zona imediatamente acima do apêndice xifóide (7); Passe para o lado direito, abaixo do mamilo (8); Termine na zona imediatamente acima do apêndice xifóide (9).

Plano De Sessão

Tema: TAC-TIC

Destinatários: Enfermeiros da UCIN do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Pólo Hospital D. Estefânia.

Local: UCIN

Data: 05 e 07 /Dez /2010

Hora: 11h, 16h

Outras datas de acordo com a presença e disponibilidade dos enfermeiros.

Objectivos:

- Descrever as vantagens da técnica de TAC-TIC;
- Explicar a execução da técnica TAC-TIC, relacionando-a com a prática diária.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução (apresentação dos objectivos pedagógicos)	Expositivo	Nenhum em particular	1 min	Leonor Gil
Desenvolvimento (Em que consiste o TAC-TIC) (Vantagens do TAC-TIC) (Demonstração da técnica) (Execução da técnica pelos formandos)	Expositivo Demonstrativo	Boneco	27 mins	
Conclusão	Expositivo Interrogativo	Nenhum em particular	2 min	

C.H.L.C. Mod. 0003

Divulgação



Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TAC-TIC

**5 Dez 2010, 14h e 16:30
e sempre que possível
após passagem de turno**

LOCAL: UCIN

FORMADORA: Leonor Gil

Orientador: Enf.ª Ivete Monteiro

Avaliação da sessão

Foi possível efectuar quatro sessões de formação, tendo-se conseguido chegar a 14 enfermeiros do serviço.

A avaliação da sessão foi feita de acordo com o formulário de avaliação da sessão de formação em serviço em vigor no Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Na primeira parte do formulário é pedido que o formando “coloque uma cruz na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem” (as percentagens foram arredondadas às décimas).

Apreciação Global	Discorda totalmente		Discorda		Concorda		Concorda totalmente	
	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0	0%	0	0%	7	7,1%	7	50%
2. Os objectivos da formação foram cumpridos.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.	0	0%	0	0%	5	35,7%	9	64,3%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0%	0	0%	4	28,6%	9	64,3%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	0	0%	0	0%	4	28,6%	9	64,3%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
8. A documentação distribuída/disponibilizada contém qualidade.	0	0%	0	0%	7	50%	7	50%
9. Ao audiovisuais foram adequados à mensagem transmitida.	0	0%	0	0%	2	14,3%	12	85,7%
10. A duração da formação foi adequada.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%
11. O horário da formação foi adequado.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%

Na segunda parte do formulário é pedido que os formandos classifiquem a formadora e a metodologia, utilizando a seguinte escala: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom e 4 – Muito Bom. As percentagens foram arredondadas às décimas.

Metodologia	1		2		3		4	
	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%	N. Enf.	%
12.Domínio dos conteúdos apresentados.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%
13.Facilidade na transmissão de conhecimentos.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
14.Clareza na transmissão de conhecimentos.	0	0%	0	0%	5	35,7%	9	64,3%
15.Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
16.Interacção com o grupo.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
17.Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%
18.Gestão do tempo.	0	0%	0	0%	4	28,6%	10	71,4%
19.Pontualidade.	0	0%	0	0%	3	21,4%	11	78,6%

Relativamente ao último item, “Comentários e sugestões de melhoria”, n foi feito qualquer comentário ou dada qualquer sugestão.




DIPLOMA DE BOM COMPORTAMENTO

O(A) Enfermeiro(a) _____ certifica
que a menina _____ se portou
muito bem no hospital e foi muito corajosa!

Lisboa, ___ de _____ de _____

Adaptado de: <http://myfairytales/wide.blogspot.com/>



DIPLOMA DE BOM COMPORTAMENTO

O(A) Enfermeiro(a) _____ certifica
que o menino _____ se portou
muito bem no hospital e foi muito corajoso!

Lisboa, ___ de _____ de _____

Adaptado de: _____

O papel do enfermeiro especialista no SUP é de extrema importância e pertinência dado que é ele que, de acordo com os conhecimentos que adquiriu ao longo do seu percurso académico e profissional, tem a maior capacidade de atender às necessidades da criança/jovem e família em consonância com as diferentes fases do desenvolvimento, numa situação de doença aguda ou doença crónica agudizada, orientando e supervisionando respostas diferenciadas para a criança/ jovem e família.

Leite (2006:4) refere que *“é essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de actuação, contribua, através do seu”olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem o que suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida”*.

O papel do EESIP no SUP é de extrema importância e pertinência dado que é ele que, de acordo com os conhecimentos que adquiriu ao longo do seu percurso académico e profissional, tem a maior capacidade de atender às necessidades da criança/ jovem e família em consonância com as diferentes fases do desenvolvimento, numa situação de doença aguda ou doença crónica agudizada, orientando e supervisionando respostas diferenciadas para a criança/ jovem e família. Assim, espera-se que o EESIP seja capaz de mobilizar toda a informação científica, técnica e relacional, alicerçando-se nos saberes providos da experiência numa determinada situação. Desta forma, tem competência, tem 1 saber agir reconhecido pelos outros e assim pode-se considerar como enfermeiro perito que, segundo Benner (2005:54) *“tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções de diagnósticos estéreis”* e que é capaz de prestar cuidados de alta complexidade.

Grande parte dos utentes que recorre ao SUP não se encontra em situações de saúde urgentes nem emergentes, contribuindo para atrasos no atendimento e eventuais situações de risco acrescido para os doentes com situações clínicas mais graves. Tal situação dificulta ainda a coordenação dos cuidados prestados, exerce forte pressão psíquica e emocional sobre os enfermeiros, levando a constantes conflitos. Por tudo isso, o EESIP tem de ter competências de gestão de conflitos e de gestão do stresse. Para que tal aconteça, deverá ser detentor de uma boa capacidade de comunicação não só com todos os membros da equipa multidisciplinar mas também com quem recorre ao SUP. Em situação de doença, tanto os pais como a criança/ jovem se encontram mais fragilizados e é do conhecimento comum que em situação de urgência o índice de stresse e de vulnerabilidade aumenta, podendo dar lugar a situações de conflito. O EESIP, na qualidade de perito, é responsável por dar o exemplo e transmitir informações de forma calma e clara e saber escutar, com o objectivo de favorecer um clima de tranquilidade e cooperação, gerindo as suas próprias emoções e sentimentos. Motivar os elementos e fomentar o espírito do trabalho em equipa e de interajuda está contemplado nas

suas competências de perito enquanto eventual elemento responsável pela gestão da mesma [Caderno de Competências da OE (2009:19-20)].

O SUP é, com frequência, o primeiro local onde se identificam precocemente situações de maior ou menor complexidade/ especificidade (incluindo situações de reanimação, doença crónica, maus tratos - onde se incluem os abusos sexuais – e em situações extremas, morte). Neste sentido, o EESIP põe o seu saber baseado na sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos especializados, é responsável por mobilizar de forma eficaz e efectiva conhecimentos específicos da sua área de especialização (doenças infantis, detecção de maus tratos, alterações no desenvolvimento, etc.), mediante uma “*conduta preventiva e antecipatória*” como preconizado no Caderno de Competências da OE (2009:16), supervisionando concomitantemente os enfermeiros com formação geral no seu próprio exercício profissional. Tudo isto conjugado implica que consiga ter uma visão global de tudo o que se passa no serviço e com quem a ele recorre. É importante que tenha rapidez de raciocínio baseado num profundo conhecimento infantil para que possa tomar decisões de forma célere, permitindo equivalente actuação. Para que tal possa ser feito de forma adequada, tem de ter conhecimento do tipo de encaminhamento que tem de dar às situações mais complexas e saber actuar em conformidade e em conjunto com os núcleos de apoio e/ ou reencaminhamento (p. ex. situações de maus tratos têm de ter encaminhamento imediato para a assistente social). Neste âmbito, o trabalho de articulação entre o CS e o hospital reveste-se de particular importância para que possa existir uma continuidade de cuidados. O EESIP é, assim, aquele que está mais qualificado para supervisionar e gerir cuidados, sendo simultaneamente consultor, indo de encontro ao preconizado no Caderno de Competências da OE (2009:18-20).

Cabe ainda ao EE tem ainda a obrigação de promover um ambiente de aprendizagem entre a equipa, seja mediante dar a oportunidade de aquisição de novos conhecimentos perante novas situações, seja mediante um novo olhar crítico sobre a *praxis* de forma a procurar uma melhoria de cuidados, seja mediante investigação. Relativamente a este último item, tendo uma participação numa formação contínua dos profissionais, poderá fazê-lo das mais diversas formas, seja criando procedimentos de conduta como forma de uniformizar os cuidados prestados, seja elaborando manuais de boas práticas que facilitem a integração de novos elementos ou mesmo incentivando a equipa a procurar novos conhecimentos relativamente a áreas de interesse de cada um que sejam inovadores e possam levar a um aumento da eficácia e eficiência dos cuidados. Paralelamente, é ele que terá mais capacidade de orientar tutoriamente futuros profissionais de enfermagem generalistas e especialistas. De uma forma geral, poderá dizer-se que o enfermeiro especialista “*deverá ser o profissional de enfermagem que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa, como também de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades de cliente, em determinada etapa do ciclo de vida*”. (Ordem dos Enfermeiros, 2006:31)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 LEITE, Lúcia – O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros (3º painel). [Em linha]. Lisboa: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros 2006. [Consulta 2008-06-17]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>

📖 **Ordem dos Enfermeiros.** *Caderno Temático-Modelo de Desenv. Profissional; Sist. de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil Competências Comuns e Específicas do Enf. Especialist.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2009

📖 **Benner, Patricia.** *De Iniciado a Perito.* Coimbra : Quarteto Editora, 2001. p. 294. ISBN 972-8535-97-X

Todas as profissões têm implicações éticas. A profissão de enfermagem tem como seu principal objectivo de intervenção o cuidar do Homem. Por isso, é uma profissão exigente para a qual, como refere Vieira (2009:8), *“é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um saber técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas”*. Assim, ser bom profissional e agir bem implica que exista uma conduta ética no agir (é importante ter em conta que tal começa na vida pessoal).

Durante séculos a criança foi considerada um adulto em miniatura... Hoje é reconhecido que não é assim. É mais frágil, vulnerável e dependente, o que desperta nos profissionais um sentimento de uma maior atenção, ou melhor, de maior solicitude e esta fundamenta-se na disponibilidade e capacidade permanente em cada momento.

O enfermeiro especialista em ESIP tem que ter conhecimentos específicos, saber quem é o outro que está aos seus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e saber como pode ajuda-lo a crescer e a realiza-lo. Tal só é possível conhecendo as suas necessidades específicas.

Ao longo do seu desempenho profissional, o enfermeiro compromete-se a cuidar da criança/ família como ser único, global e total, independentemente da sua raça, religião e cultura, sempre com o objectivo de fazer o bem, prevenindo o mal.

Queirós (2001:53) defende que a competência ética exige ao enfermeiro a capacidade de confrontar os valores humanos universais face aos valores da criança/ família.

Assim, o enfermeiro especialista não se pode esquecer dos seguintes direitos/ valores:

➤ Dignidade humana

O direito à vida é um direito fundamental, indispensável, irrenunciável e intransmissível que não pode ser violado por terceiros.

Vem expresso na Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 6º que *“(...) os estados Partes reconhecem à criança o direito inerente à vida”*.

Segundo Kant citado por Renaud (2001:101) *«O ser humano é “um fim em si mesmo”. Enquanto fim em si, não pode servir de meio ou de instrumento para outro fim que não ele próprio»*.

➤ Vulnerabilidade

Por ser menor, reconhece-se na criança a sua fragilidade e a sua necessidade de cuidados especiais. De facto, pode ler-se no preâmbulo na Convenção sobre os Direitos da Criança e citando a Declaração Dos Direitos Da Criança, adoptada em 20 de Novembro de 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas que *“a criança por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento”*.

O reconhecimento de uma necessidade de especial protecção aos menores, está na base da criação de uma representação paternal, o que é geralmente feito pelos pais enquanto

detentores do poder paternal. O poder paternal incumbe os pais (ou a quem o exerça legalmente) o dever de realizar tudo o que for possível e necessário para manter a saúde e a vida dos menores a seu cargo, agindo sempre na defesa do interesse superior da criança. A noção de agir na defesa do interesse superior da criança configura na Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu artigo 3º, ponto 1 quando se refere que *“todas as decisões relativas a crianças (...) terão primordialmente em conta o interesse superior da criança”* e no ponto 2 quando se expõe que *“os Estados Partes comprometem-se a garantir à criança a protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais, ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas”*.

➤ Consentimento livre e esclarecido

À noção de responsabilidade relaciona-se o dever de informação e o direito ao consentimento livre e esclarecido, que surge como um dos pilares da relação do enfermeiro com a criança/família, uma vez que é condição indispensável ao respeito pela autonomia, liberdade e dignidade da criança, no exercício de liberdade responsável. Para que este seja livre e esclarecido, tem que ser voluntário, livre de coacção e com base em informação adequada, correcta, clara e compreensível, tal como exposto no Código Deontológico do Enfermeiro artigo 84ª - Dever de Informação. Tal deve acontecer sempre que o enfermeiro for efectuar algum tipo de acção de enfermagem (teste do pezinho, punção venosa, administração de terapêutica, etc.).

No caso da criança que não pode tomar decisões, compete aos seus representantes legais expressar o seu consentimento, devendo este atender sempre ao interesse superior da criança.

➤ Liberdade

O respeito pela dignidade humana implica o reconhecimento do direito à liberdade individual, conceito que se prende com a conquista da pessoa pela manifestação da sua autonomia. Como diz o artigo 12 da Convenção dos Direitos da Criança na alínea 1), *“os Estados Partes garantem à criança de expressar livremente a sua opinião (...) de acordo com a sua idade e maturidade”*.

➤ Justiça

A justiça está sempre ligada à verdade.

Na sua prática profissional, o enfermeiro tem que ser justo e verdadeiro com a criança / família de modo a conseguir estabelecer uma relação de confiança.

Como afirma Ferreira e Dias (2005:46) *“justiça é, por conseguinte, aquele valor social pelo qual se reconhecem os direitos fundamentais dos outros, do mesmo modo como queremos ver os nossos direitos respeitados”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 **CARNEIRO, Roberto** - *Educar hoje: enciclopédia dos pais - Viver a cidadania*. Lisboa: Lexicultural, 2001.

📖 **FERREIRA, Manuela; DIAS, Olívia Maria** - *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência, 2005. 142p. ISBN 972-8930-04-6

📖 **NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério** - *Código Deontológico Do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN972-99646-0-2.

📖 **ONUPTUGAL** [em linha]. Convenção sobre os direitos da criança: [consult.2008-05-09]. Disponível em [www: URL: http://www.onuportugal.pt/](http://www.onuportugal.pt/).

📖 **QUEIRÓS, Ana Albuquerque** – *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001. 166 p. ISBN 972-8717-07-5.

📖 **VIEIRA, Margarida** – *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª ed. – Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 158p. ISBN 978-972-54-0195-8.

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

Estratégia	Idade	O que fazer?
Distracção e brincadeira livre (sem orientação) ou lúdica (orientada) (utilizadas em dor breve)	RN	Música; canção
	Até 2 anos	Apito tipo “língua da sogra”; jogos
	3 – 6 anos	Histórias; fantasia
	Crianças mais velhas	Fale da escola, de filmes, jogos, música, faça imaginação guiada
Relaxamento	Lactente ou criança pequena	<ul style="list-style-type: none"> • Segure-o ao colo numa posição confortável, bem apoiada (exemplo: verticalmente contra o peito e ombro); • Embale-o formando um arco amplo e ritmado; • Fale pausada e suavemente, repetindo expressões
	A partir de 1 ano	Bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão”; Jogo do “mão morta, vai bater àquela porta”. (muito útil no caso de administração de terapêutica IM ou IV)
	A partir dos 2 anos	Respiração abdominal ou diafragmática e depois fica “mole como uma boneca de trapos”
	A partir dos 6 anos	<p>Controlo do ciclo respiratório</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspira mais profundamente que o habitual; 2. Expira mais forçadamente que o habitual (soprar a vela); 3. Inspira profundamente; 4. Retém o ar 5 segundos; 5. Expira lentamente e imagina que toda a tensão está a sair com o ar; 6. Fica como o gelado a derreter.
Imagem Guiada	A partir dos 4 anos	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Pensa num momento agradável (real ou imaginário);” 2. “Concentra-te só nisso e conta-me coisas específicas de que gostes muito, com o máximo de sensações possível” (pode utilizar expressões do tipo “o vento leve a bater na cara”, “as cores das conchas no fundo do mar”, “os passarinhos a cantar”. . .); 3. A criança deverá concentrar-se apenas neste enredo enquanto efectua o procedimento doloroso.
Contrato comportamental	Informal A partir dos 4/ 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Use estrelas ou emblemas como recompensa; • Se a criança adiar ou não colaborar, estipule um tempo limitado para completar o procedimento; • Caso a criança não colabore, prossiga com o procedimento; • Reforce a cooperação com uma recompensa se o procedimento decorrer dentro do previsto.
	Formal A partir ± dos 8 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Escreva o comportamento desejado; • Determine comportamentos mensuráveis (ex.: não vais bater em ninguém enquanto fazemos isto”) • Identifique recompensas ou consequências; • Todos os intervenientes devem datar e assinar o contrato.

Elaborado por Leonor Gil, aluna de Mestrado de Especialidade em ESIIP da UCP. 2011
Orientada por Sr.ª Enf.ª Paula Vitorino, Enf.ª Especialista em SIIP do CHLC, pólo HDE

Referências bibliográficas: Batalha, Luís. Dor em Pedidos: Compreender para Aliviar. 1.ª ed. Lisboa: Lidel - edições científicas, Lda, 2010. p. 126. ISBN 978-972-757-593-0; Paragosses, Ordem dos Enfermeiros. Dor: Guia Orientador da Boa Prática. Lisboa: s.n., 2008. Disponível em www.ordenenfermeiros.pt; Federação Nacional de Controladores de Dor. Lisboa: s.n., 2008. Disponível em www.fncd.org.pt; Wang, Dennis L. et al. Edições em Pedidos: Evidências Científicas e Intervenção Clínica. 2.ª ed. de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 910. ISBN 85-337-0550-0; Hochstetler, Marilyn J.; Wilson e Winkler, Mary. Fundamentos de Enfermagem: Pedidos. 7th. Rio de Janeiro: Thieme, Elsevier, 2006. ISBN 11-978-85-35-1918-5; Eker, Gabriele Jacklin e Jaquet, André Esteves. O enfermeiro e as técnicas complementares para o alívio da dor. Disponível em www.ordenenfermeiros.pt; Barros, Luísa. Psicologia Pediatra: Percepção do Desenvolvimento. 2.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. p. 220. ISBN 972-796-081-2; Payne, A. Técnicas de Relaxamento em Crianças para Pedidos de Dor. 2.ª ed. Lisboa: Lusitânia - Edição Técnica e Científica, Lda, 2003. p. 278. ISBN 972-8383-41-X; Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pedidos. 2009. Curso de Formação em Serviço. Farland, Françoise. Fanny Brontë: Na infância e ao longo de toda a vida. 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. p. 223. ISBN 972-796-253-X.

História de Dor

A história de dor dá-nos informações quanto às dimensões da dor: **qualidade** (as palavras e expressões utilizadas para caracterizar a dor), **cronologia** (permite conhecer a evolução e o padrão da dor - como se inicia e como evolui ao longo do tempo, tipo de dor, quais os factores de alívio e/ ou de agravamento da dor), **localização**, **intensidade** (obtida com a utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor adoptados no HDE).

Estruture a sua colheita de dor de modo a obter todos os itens necessários de forma uniformizada! Veja como.

Em crianças com menos de 5 anos e nas crianças com mais de 5 anos se for difícil colher a história de dor com a criança pergunte aos pais:

- ☐ Que palavras usa o seu filho para se referir à dor?
- ☐ Que experiências de dor teve o seu filho anteriormente?
- ☐ O seu filho conta-lhe a si ou a outros quando está com dor?
- ☐ Como sabe que o seu filho está com dor? Como reage habitualmente à dor?
- ☐ O que faz pelo seu filho quando está com dor?

Em crianças com mais de 5 anos; com os pais em simultâneo com a criança dos 3 aos 5 anos ou com os pais nas crianças com mais de 5 anos se for difícil colher a história de dor com a criança:

- ☐ Conta-me o que é a dor/ que palavras usas para dizeres que tens dor?
- ☐ Conta-me acerca das tuas experiências anteriores de dor.
- ☐ Contas a outros quando tens dor? Se sim, a quem?
- ☐ O que queres que façam por ti quando tens dor?

Nas crianças entre os 3 e os 8 anos, deverá recorrer também a esta imagem de fundo, solicitando à criança que descreva o que observa e, a partir da história que constrói, identifique as experiências dolorosas anteriores e as diferentes intensidades de dor, de modo a facilitar o treino e a compreensão da Escala das Faces ou Numérica. Tente identificar três experiências de dor anteriores e as três intensidades de dor ("dói pouco", "dói assim-assim" e "dói muito").

No adolescente:

- ☐ Descreve as tuas experiências anteriores de dor.
- ☐ Como reages habitualmente à dor?
- ☐ O que gostas que façam por ti quando tens dor?

Este poster é o guião para a história de dor.
Lembre-se que deve adequar a linguagem a cada criança!

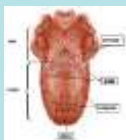
Elaborado por Enf.ª Leonor Gil, aluna de Mestrado de Especialidade em ESIP da UCP. 2011
Orientada por Sr.ª Enf.ª Paula Vitorino, Enf.ª Especialista em SIP do CHLC, pólo HDE.

Referências bibliográficas: Saúde, Direcção Geral de. Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa : s.n., 2003. disponível em www.dgs.pt; Portugueses, Ordem dos Enfermeiros. Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa : s.n., 2008. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosos-dor.pdf>; Saúde, Direcção Geral de. Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa : s.n., 2008. Disponível em www.dgs.pt; Grupo de Trabalho Contra a Dor. Avaliação da Dor enquanto 5ª Sinal Vital;

Sucrose e EMLA

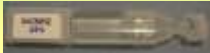
Sucrose

- Utiliza-se nos procedimentos de diagnóstico e/ ou terapêuticos minor no RN e crianças até aos 3 anos.
- ✓ Administra-se gota a gota na região anterior da língua, superfície bucal ou na chucha e de seguida promove-se a sucção não nutritiva (se a criança usar chucha).



- ✓ O pico de ação é atingido em 2 minutos e tem a duração de 5 a 10 minutos. Deve administrá-la 2 a 5 minutos antes de qualquer procedimento de diagnóstico e/ ou terapêutico potencialmente doloroso.

Considerando que a unidose contém 1,5 ml, o equivalente a 360 mg,



temos como doses máximas por administração:

Peso	Dose - ml	Dose - mg
< 3 Kg	0,5 ml	120 mg
3 – 9 kg	1 a 1,5 ml	240 a 360 mg
10 – 15 kg	1,5 a 2 ml	360 a 480 mg

Elaborado por Enf.ª Leonor Gil, aluna de Mestrado de Especialidade em ESIP da UCP. 2011
Orientada por Sr.ª Enf.ª Paula Vitorino, Enf.ª Especialista em SIP do CHLC, pólo HDE.

Referências bibliográficas: Grupo de Trabalho Contra a Dor. Protocolo De Aplicação Tópica de Anestésico Local ao Utente Pediátrico - EMLA. 2010;
Grupo de Trabalho Contra a Dor. Protocolo De Administração de Sacarose Oral ao Doente Pediátrico. s.l.: CHLC, 2010

EMLA

- Utiliza-se em todas as situações em que seja necessária uma anestesia tópica da pele íntegra, nomeadamente punções venosas, arteriais, capilares e lombares, injeções IM e SC e pequenos gestos cirúrgicos sob anestesia local (infiltração).

Apresenta-se sob duas formas:



Penso EMLA a 5% - 1 g



Creme EMLA a 5% - 5 g

- **Punções superficiais – tempo mínimo de 1h;**
 - **Punções profundas – tempo mínimo de 2h** (punções lombares, injeções IM e SC, pequenos gestos cirúrgicos).
- A duração e a profundidade da anestesia/ analgesia são proporcionais ao tempo local de aplicação. **O tempo máximo de aplicação é de 4 horas.**

Dose máxima por administração (doses máximas de EMLA por Kg de peso – 5 mg/Kg)		
Peso	Dose	Creme
5 Kg	0,5 g/ 0,5 ml/ 25 mg	1/10 bisnaga
10 Kg	1 g /1 ml/ 50 mg	1/5 bisnaga
15 Kg	1,5 g/ 1,5 ml/ 75 mg	± 1/3 bisnaga
	0,5 g = 0,5 ml = 1/10 bisnaga; 1g = 1 penso = 1/5 bisnaga	

O EMLA provoca vasoconstricção. **Retire o penso e aguarde cerca de 15 minutos antes da punção venosa.**
Friccione o local para engurgitamento da veia e favorecer a sua visualização.

Sempre que houver necessidade de aplicar mais do que 1 penso / 10 Kg de peso, utilize o creme em doses fraccionadas.

Limpe bem a pele, verifique a sua integridade e aplique o penso ou creme.

Se utilizar creme, proceda à oclusão com Tegaderme. Se alergia ao látex, aplique película aderente.



Como ocluir EMLA creme

COMO AJUDAR O MEU FILHO A LIDAR COM A DOR?

Primeiro ano:

Pegue-lhe ao colo, aconchegue-o ao peito, dê-lhe mimo.

Dê-lhe um objecto familiar (chucha, brinquedo, cobertor), transmite-lhe segurança e diminui o medo dos procedimentos a realizar!

Se se prever que se vai fazer algum procedimento doloroso (como uma punção, por exemplo), massageie essa zona do corpo durante cerca de 3 minutos.

Dos 12 aos 36 meses:

Coloque-o numa posição confortável.

Pegue-lhe ao colo e dê-lhe carinho.

Dê-lhe a chucha.

Cante-lhe a sua canção preferida.

Elogie o seu filho pela cooperação nos procedimentos!

Siga sempre as orientações do enfermeiro responsável pelos cuidados ao seu filho!

Dos 3 aos 5 anos:

Continue a dar colo e carinho.

Distraia-o contando-lhe uma história, ou jogando o seu jogo preferido.

Converse com ele e diga-lhe o que vai fazer (quando se desloca ao Centro de Saúde/ Hospital).

Dos 6 aos 11 anos:

Distraia-o jogando o seu jogo preferido.

Incentive-o a contar uma história sobre o que vai fazer.

Converse com ele e diga-lhe o que vai fazer (quando se desloca ao Centro de Saúde/ Hospital).

Adolescentes:

Converse com ele e questione-o sobre as suas preocupações.

Esclareça as suas dúvidas face ao que vai fazer e incentive-o também a esclarecê-las junto dos profissionais de saúde

Plano De Sessão

Tema: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Pólo Hospital D. Estefânia.

Local: Serviço Urgência Pediátrica

Data: 21/ Jan/2011

Hora: 16h

Objectivos:

- Descrever o mecanismo de dor através da Teoria do Portão;
- Identificar Estratégias não Farmacológicas no Controlo de Dor, adequadas a cada fase de desenvolvimento, passíveis de serem utilizadas pelos enfermeiros e pais durante a prestação de cuidados;
- Descrever o Manual de Estratégias Não Farmacológicas e Posters que ficam no Serviço de forma a incentivar a sua consulta e utilização.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução (apresentação dos objectivos pedagógicos) (conceito de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor)	Expositivo	PowerPoint®	1 min	Leonor Gil
Desenvolvimento (Mecanismo da dor) (Procedimentos base para evitar ou diminuir a dor de acordo com cada fase do desenvolvimento) (Escala de dor; Avaliação da dor) (Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor - distração e brincadeira; relaxamento, imagem guiada e contrato comportamental)	Expositivo Demonstrativo	PowerPoint®	15 mins	

Conclusão	Expositivo Interrogativo	Manual de Estratégias Não Farmacológicas; Posters; Diplomas de Bom Comportamento	1 min	
-----------	-----------------------------	--	-------	--

C.H.L.C. Mod. 0003

Divulgação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**A intervenção do enfermeiro
na dor**

**Estratégias não farmacológicas no
controlo da dor**

DATA: 21.Janeiro.2011 Sessão: 16h
Local: Gabinete de Enfermagem Duração: 20 min.
Formador: Leonor Gil (E.E.S.I.P.)
Destinatários: Enfermeiros do S.U.P.

Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor

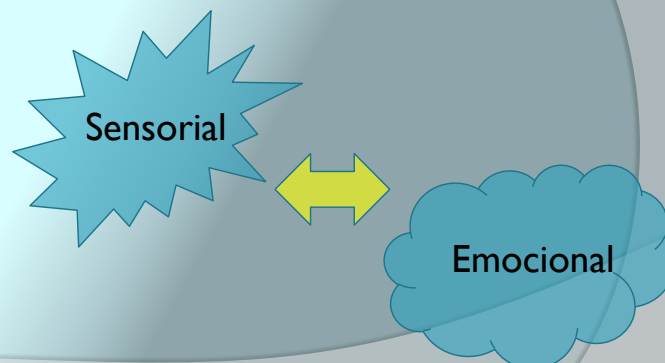
FORMADORA: LEONOR GIL
JANEIRO 2011

OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

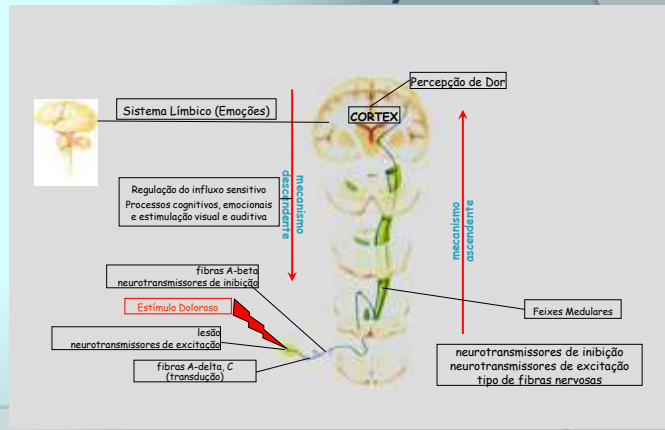
No final da sessão espera-se que:

- ◉ Saiba explicar sumariamente o mecanismo da dor;
- ◉ Enumere pelo menos duas estratégias não farmacológicas no controlo de dor, descrevendo a sua utilização.

MECANISMO DA DOR



Mecanismo da dor - Gate Control Theory



PROCEDIMENTOS BASE 0 AOS 12 MESES

- Envolver os pais;
- Posição para ouvir o coração e sentir o cheiro;
- Atenção ao ângulo de visão;
- Chucha;
- Objecto significativo;
- Mantenha rotinas;
- Acaricie-o, embale-o, cante, massage-o...



PROCEDIMENTOS BASE TODDLER

- Aborde de forma calma, gradual, firme e segura;
- Envolver os pais;
- Explique de forma simples;
- Brinque;
- A criança deve sentir que participa;
- Reforce comportamentos positivos;
- Coloque um penso.



PROCEDIMENTOS BASE PRÉ-ESCOLAR

- ⊙ Explicar antes (atenção à linguagem!)
 - O que vai fazer;
 - Porquê;
 - O que não pode fazer.
- ⊙ “Dramatize” para explicar;
- ⊙ Envolver a criança;
- ⊙ “Esconda” a “ferida” depois;
- ⊙ Elogie.



PROCEDIMENTOS BASE ESCOLAR

- ⊙ Explique com terminologia científica;
- ⊙ Explique o que pode fazer para ajudar;
- ⊙ Elogie a colaboração;
- ⊙ Permita que execute tarefas simples;
- ⊙ Converse antes e após.



PROCEDIMENTOS BASE ADOLESCENTE

- ⊙ Máximo de informação possível;
- ⊙ Converse sobre as preocupações;
- ⊙ Proporcione privacidade;
- ⊙ Deve ser o jovem a escolher se quer a presença de terceiros;
- ⊙ Inclua-o na elaboração do plano de cuidados;
- ⊙ Ensine técnicas de controlo de dor.



Escalas de dor

Auto-avaliação

- Faces (3 aos 7 anos)



- Numérica (a partir dos 8 anos)



Escalas de dor

Hetero-avaliação

- NIPS (RN)

Categoria	0	1	2
Expressão Facial	Músculos relaxados; expressão neutra	Músculos faciais contraídos; olhos estreitos; lábios contraídos; pupílas dilatadas	Músculos faciais contraídos; olhos estreitos; lábios contraídos; pupílas dilatadas
Choro	Calmo, não chora	Choro (ritmo irregular)	Choro forte e contínuo
Características do comportamento	Calmo	Inquieto no leito; movimentos bruscos; movimentos repetitivos	Choro forte e contínuo; movimentos bruscos; movimentos repetitivos
Resposta	Responde bem à estimulação; responde imediatamente às necessidades	Tensão, irritação, ou em estado de alerta	Choro forte e contínuo; movimentos bruscos; movimentos repetitivos
Parâmetros fisiológicos	Parâmetros fisiológicos normais	Tensão arterial, de saturação de oxigênio e frequência cardíaca elevadas	Choro forte e contínuo; movimentos bruscos; movimentos repetitivos
Resposta de resposta	Calma	Irritado	Choro forte e contínuo; movimentos bruscos; movimentos repetitivos

Nota: Os parâmetros fisiológicos de 0 a 2 são os parâmetros fisiológicos de referência de 0 a 2. Se houver um aumento anormal em qualquer um dos parâmetros, isso indica dor.

Escalas de dor

Hetero-avaliação (cont.)

- FLACC (dos 2 meses aos 19 anos)

Ítem	Definição
FACE	0. Ausência de expressão facial de dor 1. Canto ou sobrancelha franzida de um ou outro lado, ou ambas 2. Tensão frequente de olhos, nariz/lábios contraídos 3. Pálpebras fechadas ou relaxadas
FRASE	1. Inquieto; agitado; tenso 2. Não perturbado ou irritado
ACTIVIDADE	0. Dormir calmamente; posição normal; respirar facilmente 1. Contendo as lágrimas; não se mexe muito; não se mexe muito 2. Dormir agitado ou com movimentos bruscos
CHORO	0. Ausência de choro (contendo as lágrimas) 1. Choro em ritmo irregular; quando irritado 2. Choro paroxístico; gritos ou soluços; quando frequentes 3. Sussurros; soluços
CONSCIÊNCIA	1. Responde aos sons, olha para o estímulo quando chamado pelo nome 2. Não responde aos sons

© The Regents of the University of Michigan

Escalas de dor

○ Hetero-avaliação (cont.)

- OPS

(dos 2 meses aos 19 anos – em alternativa à FLACC)

Observações	Painéis		
	0	1	2
Tensão arterial	≤ 90/60 mmHg	90-100 mmHg	≥ 100/60 mmHg
Diátese	ausente	leve	grave
Respiração	normal	alterada	grave
Agitação	ausente	leve	grave
Voluntariedade de dar	sim	parcialmente	nenhuma
Atividade	normal	alterada	grave
Atividade	normal	alterada	grave

Cada painel tem 3 categorias e pontua-se de 0 a 2. A avaliação total pontua-se de 0 a 6.

Escalas de dor

○ Hetero-avaliação (cont.)

- DESS (em crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais)

Formulário de avaliação de dor DESS (Digital Evaluation of Subjective Scale) com campos para nome, idade, sexo, e uma escala de dor com 10 itens a serem avaliados.

Formulário de avaliação de dor DESS (Digital Evaluation of Subjective Scale) com campos para nome, idade, sexo, e uma escala de dor com 10 itens a serem avaliados.

Quando avaliar a dor no Serviço de Urgência Pediátrica

- No momento da triagem, mediante a utilização no formulário digital preconizado.
- Utilize as escalas de auto ou hetero-avaliação de acordo com a situação. Tenha no entanto em conta que deve preferir as primeiras.

Quando avaliar a dor no Serviço de Urgência Pediátrica

- ⦿ Na UICD, pelo menos 1 vez por turno, se a intensidade for ≤ 3 (dor controlada);
- ⦿ De 4/ 4 horas ou 2 vezes por turno, ou sempre que necessário, se intensidade ≥ 4 (não controlada e/ ou não tratada);
Tenha em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico!
- ⦿ Após o analgésico, 1 hora após se terapêutica PO ou rectal; ½ hora após se terapêutica EV;

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DE DOR

- ⦿ Distracção e brincadeira;
- ⦿ Relaxamento;
- ⦿ Imagem guiada;
- ⦿ Contrato comportamental.

DISTRACÇÃO E BRINCADEIRA

- ⦿ Actividades de brincadeira livre (sem indicações) ou lúdica (conduzida com determinado propósito);
- ⦿ Imagem guiada com relaxamento.

RELAXAMENTO

- ⦿ No lactente ou criança pequena
 - Segure-o ao colo numa posição confortável, bem apoiada (exemplo: verticalmente contra o peito e ombro);
 - Embale-o formando um arco amplo e ritmado;
 - Fale pausada e suavemente, repetindo expressões.

RELAXAMENTO (CONT.)

- ⦿ A partir de 1 ano de idade
 - bater as palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como o algodão”;
 - jogo do “mão morta, vai bater àquela porta”.

(muito útil no caso de administração de terapêutica IM ou IV)

RELAXAMENTO (CONT.)

- ⦿ Controlo do ciclo respiratório
 - Respiração abdominal ou diafragmática (a partir dos 2 anos) e fica “mole como uma boneca de trapos”;
 - Controlo do ciclo respiratório (a partir dos 6 anos)
 1. Inspira mais profundamente que o habitual;
 2. Expira mais forçadamente que o habitual (soprar a vela);
 3. Inspira profundamente;
 4. Retém o ar 5 segundos;
 5. Expira lentamente e imagina que toda a tensão está a sair com o ar;
 6. Fica como o gelado a derreter.

IMAGEM GUIADA

- ⦿ A partir dos 4 anos
 1. “Pensa num momento agradável (real ou imaginário)”;
 2. “Concentra-te só nisso e conta-me coisas específicas de que gostes muito, com o máximo de sensações possível” (pode utilizar expressões do tipo “o vento leve a bater na cara”, “as cores das conchas no fundo do mar”, “os passarinhos a cantar”...);
 3. A criança deverá concentrar-se apenas neste enredo enquanto efectua o procedimento doloroso.

CONTRATO COMPORTAMENTAL

- ⦿ Informal (a partir dos 4/ 5 anos);
- ⦿ Formal (escrito).

CONTRATO COMPORTAMENTAL (cont.)

- ⦿ Informal (a partir dos 4/ 5 anos)
 - Use estrelas ou emblemas como recompensa;
 - Se a criança adiar ou não colaborar, estipule um tempo limitado para completar o procedimento;
 - Caso a criança não colabore, prossiga com o procedimento;
 - Reforce a cooperação com uma recompensa se o procedimento decorrer dentro do previsto.

CONTRATO COMPORTAMENTAL (cont.)

◉ Formal (escrito)

- Escreva o comportamento desejado;
- Determine comportamentos mensuráveis (ex.: não vais bater em ninguém enquanto fazemos isto”);
- Identifique recompensas ou conseqüências;
- Todos os intervenientes devem datar e assinar o contrato.

Muito Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Saúde, Direcção Geral de.** Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa : s.n., 2003. disponível em www.dgs.pt.
- **Batalha, Luis.** *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar.* 1ª ed. Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda, 2010. p. 126. ISBN 978-972-757-593-0.
- **Portugueses, Ordem dos Enfermeiros.** *Dor: Guia Orientador de Boa Prática.* Lisboa : s.n., 2008. Disponível em <https://membros.odem/enfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- **Saúde, Direcção Geral de.** Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD - Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa : s.n., 2008. Disponível em www.dgs.pt.
- **Wong, Donna L., et al.** *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva.* 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p. 910. ISBN 85-277-0306-0.
- **Hockenberry, Marilyn J., Wilson e Winkelstein.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7th. Rio de Janeiro : Mosby Elsevier, 2006. ISBN 13: 978-85-352-1918-0.
- **Dor, Grupo de Trabalho Contra a.** *Avaliação da Dor enquanto 5ª Sinal Vital.*
- **Eler, Gabrielle Jacklin e Jaques, André Estevam.** *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor.* Disponível em <http://revistas.unipar.br/isaude/article/view/16624/541>.
- **Barros, Luísa.** *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista.* 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. p. 220. ISBN 972-796-081-2.
- **Payne, A.** *Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de Saúde.* 2ª ed. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. p. 278. ISBN 972-8383-41-X.
- **Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.** *Estratégias Não Farmacológicas no Controlo de Dor em Pediatria.* 2009. Curso de Formação em Serviço.
- **Ferland, Francine.** *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida.* 1ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2006. p. 223. ISBN 972-796-253-X.
- **Câncer, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de.** *Cuidados Paliativos Oncológicos - Controlo da Dor.* Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2001. p. 120. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. ISBN 85-7318-079-X.
- **CEFAD - Formação Profissional, Lda.** *Quiromassagem: 2008-2009.* Curso frequentado pela autora do artigo.
- **Dor, Grupo de Trabalho Contra a.** *Protocolo de aplicação tópica de anestésico local ao utente pediátrico - EMLA.* 2010.
- **Protocolo de administração de sacrose oral ao doente pediátrico.** s.l. : CHLC, 2010.

Avaliação da sessão

Só foi possível efectuar uma sessão de formação e contou com a presença de 10 enfermeiros.

A avaliação da mesma foi feita segundo o formulário de avaliação da formação utilizado no serviço.

Relativamente ao item 1 – Conteúdo, pedia-se que os formandos classificassem a formação segundo os critérios que se encontram na tabela que se apresenta de seguida, onde se poderá também verificar as classificações conferidas pelos formandos. A escala utilizada é a seguinte: 1 – Muito Negativo; 2 – Negativo; 3 – Suficiente; 4 – Bom e 5 – Muito Bom.

<i>Critérios de avaliação</i>	<i>Escala de avaliação</i>									
	1		2		3		4		5	
	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%
Apreciação global da formação	0	0%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
Aquisição/ Consolidação de conhecimentos	0	0%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
Partilha de experiências	1	10%	0	0%	1	10%	6	60%	2	20%
Pertinência dos conteúdos para a tua prática	0	0%	0	0%	1	10%	4	40%	5	50%
Rácio teoria/ prática	0	0%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
Satisfação das expectativas face à formação	0	0%	1	10%	0	0%	6	60%	3	30%
Suporte bibliográfico fornecido	0	0%	0	0%	1	10%	4	40%	5	50%

Relativamente ao item 2 – Actuação dos Formadores, pedia-se aos formandos que classificassem a actuação dos formadores, segundo os critérios que se encontram na tabela que se apresenta de seguida, onde também se poderá verificar as classificações conferidas pelos primeiros. A escala utilizada é a seguinte: 1 – Mau; 2 – Insuficiente; 3 – Suficiente; 4 – Bom e 5 – Muito Bom.

Critérios de Avaliação	Escala de avaliação									
	1		2		3		4		5	
	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%
Domínio dos conteúdos apresentados	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	8	80%
Facilidade na transmissão de conhecimentos	0	0%	0	0%	0	0%	3	30%	7	70%
Clareza na transmissão de conhecimentos	0	0%	0	0%	0	0%	3	30%	7	70%
Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos	0	0%	0	0%	3	30%	3	30%	4	40%
Assertividade	0	0%	0	0%	1	10%	4	40%	5	50%
Criação de bom ambiente de trabalho	0	0%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
Interesse demonstrados no esclarecimento de dúvidas	0	0%	0	0%	2	20%	5	50%	3	30%
Pontualidade/ Assiduidade	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%	9	90%

Relativamente ao item 3 – Estrutura/Organização Formação, pedia-se aos formandos respondessem às questões que se encontram nas tabelas que se seguem, onde também se poderá verificar as classificações conferidas pelos primeiros.

Questão 3.1. Classifique a organização da Formação segundo os seguintes critérios.

Escala a utilizar:

1- Desadequada; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Muito Adequado.

Critérios de avaliação	1		2		3		4	
	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%
Duração do programa	0	0%	1	10%	2	20%	7	70%
Qualidade da sala e equipamento utilizado	0	0%	1	10%	4	40%	5	50%
Divulgação da formação	0	0%	0	0%	4	40%	6	60%

Questão 3.2. Considerei a duração do programa:

Curta	Adequada	Longa
--------------	-----------------	--------------

N.º enf.	%	N.º enf.	%	N.º enf.	%
1	10%	9	90%	0	0%

Relativamente ao item 4 – Comentários,

Questão 4.1. Consideras que esta formação irá melhorar a qualidade da tua prestação de cuidados			
Sim		Não	
N.º enf.	%	N.º enf.	%
10	100%	0	0%

Na questão 4.1. Aspectos Positivos da Formação, surgiram

Unidades de contexto	Frequência
Revisão de conhecimentos	1
Objectividade	1
Posters	1
Clareza	1
Intervenções de enfermagem	1

Não foram feitos comentários nas restantes questões (4.3. Aspectos a melhorar na formação e 4.4. Sugestões para futuras formações).