



Guia Orientador de Boa Prática

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Cadernos OE | Série 1 | Número 6

**GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO
DA DOR NA CRIANÇA**



ORDEM DOS ENFERMEIROS 2013
SÉRIE I - NÚMERO 6

FICHA TÉCNICA

Título: Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da Ordem dos Enfermeiros

Redatores (Grupo FID – HPC – CHUC/E.PE.) - Enfermeiros:

Gina Maria Rodrigues dos Reis (Coordenadora)

Luísa Paula Santos Costa

Maria Dulce Ramos Carvalho

Maria Isabel Seguro

Maria João Mano Cerveira da Costa

Maria Margarida Pimenta

Maria Matilde Correia

Olga Maria Queirós dos Anjos

Revisores:

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Maria Ivone Fernandes dos Santos de Ornelas Correia (coordenadora)

Paula Cristina de Jesus Fernandes

Sandra Cristina de Seixas Faleiro

Este guia foi aprovado na reunião ordinária n.º 14 da MCEESIP realizada a 18 de fevereiro de 2013.

Edição: Ordem dos Enfermeiros – setembro de 2013

Revisão: Dr.ª Márise Oliveira

Grafismo e Paginação: Academia do Design

Impressão: Tipografia Tadinense, Artes Gráficas

Depósito Legal:

ISBN: 978-989-8444-23-3

Caros leitores,

O controlo da dor é um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento.

Para os enfermeiros, o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática. É preciso não esquecer que a Direção-Geral da Saúde instituiu este sintoma como 5º sinal vital. Torna-se, pois, imprescindível diagnosticar a presença e a intensidade da dor, avaliar, intervir e registar. E se nos adultos nem sempre a estratégia mais adequada passa pela solução farmacológica, este princípio torna-se imperativo quando se aborda a dor na criança.

Considerando a relevância que esta temática assume na prática da Enfermagem, foi com elevada satisfação que o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros decidiu promover a produção do **«Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança»**. Trata-se do nº 6 da série I da coleção «Cadernos OE» e assumir-se-á, certamente, numa valiosa «ferramenta» para todos aqueles que exercem a profissão em serviços de Pediatria ou que necessitam, ao longo da sua experiência profissional, de prestar cuidados a crianças.

O «Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança» surge por iniciativa da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e agrega orientações científicas nacionais e internacionais dotadas de grande rigor e humanismo. A todos os que tornaram possível este guia o nosso profundo agradecimento pelo esforço e dedicação empregues numa obra que visa a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Caro colega, esta obra foi elaborada a pensar em si, nas crianças que cuida e suas famílias. Desfrute dos ensinamentos nela contidos e retribua o investimento formulado, transformando-a num indiscutível instrumento de trabalho.

Enf.º Germano Couto
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Vivemos num mundo tão medicalizado que conseguimos encerrar os momentos-chave do início (nascer) e do fim (morrer) da nossa vida em instituições de saúde. Da mesma forma, com muita facilidade reconhecemos os «milagres» da farmacologia, elevando as substâncias químicas comercializadas legalmente a um estatuto de perfeição e de (quase) impossível substituição. Esquece-se, frequentemente, as mais-valias que as intervenções terapêuticas não farmacológicas proporcionam à promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Desvaloriza-se o quanto é possível fazer para, respondendo sempre às necessidades de saúde de quem se cuida, se poder combater uma forma de «farmacod dependência» do comportamento em saúde da nossa comunidade, bem como diminuir os (imensos) gastos associados ao consumo de fármacos.

A dor tem sido frequentemente menorizada, apesar de já há mais de uma década ter sido definida como 5º sinal vital. A dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível, dando-lhe, por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos.

Acresce a estes pressupostos a especificidade do cuidar crianças e adolescentes. Uma especificidade reconhecida desde algumas décadas em Portugal pela existência, na prática de Enfermagem especializada, de uma área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Indo ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 123/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011) cuidar a criança e o adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor. Só com este conhecimento se pode responder ao fenómeno «dor» na sua componente fisiológica, na forma como afeta os valores e as crenças das crianças e dos adolescentes que se cuidam, na forma como estes a pensam e a vivem.

A Ordem dos Enfermeiros tem promovido o desenvolvimento de Guias Orientadores de Boas Práticas com o propósito de reanalisar o estado da arte e promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Este «**Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança**», desenvolvido na sequência dos propósitos atrás expostos, pretende ainda apoiar a uniformização da atuação dos enfermeiros e garantir maior

efetividade à sua intervenção, promovendo mais e melhor saúde para a população que cuidamos. Desenvolvido por enfermeiros peritos na área, é um documento simples e pragmático que, estamos convictos, pode fundamentar a atuação, colocar em evidência os resultados da prática de Enfermagem e constituir-se como mais uma «arma» efetiva no controlo da dor na criança.

Por isso, convido todos os colegas a tirarem o máximo partido do conhecimento aqui exposto e ajudarem a Ordem dos Enfermeiros na divulgação desta obra, «passando a palavra» entre colegas. Desta forma estaremos a contribuir para o desenvolvimento da profissão.

Enf.º José Carlos Gomes

Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

A ideia de dor e de sofrimento é uma das muitas preocupações de pais e enfermeiros quando uma criança tem um problema de saúde.

Para todos nós, o tempo necessário para o crescimento e desenvolvimento da criança deve ser vivido de forma feliz e harmoniosa – sem lugar para a dor e sofrimento que são factores de grande instabilidade e desequilíbrio para toda a estrutura familiar.

Para a criança e jovem, a doença e a hospitalização representam dor e sofrimento porque não possuem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença representa.

O modelo conceptual de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família.

Compete a estes enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica (MCEESIP) desde sempre procurou sensibilizar para os aspetos respeitantes à dor em Pediatria, nomeadamente os que respeitam à dor nos procedimentos e dor pós-operatória, tendo elaborado um folheto com recomendações nesta área, disponível para todos os colegas.

Consideramos que a publicação do **«Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança»** é para nós motivo de profunda satisfação, pois representa o corolário do trabalho que temos vindo a desenvolver nesta área.

Este Guia, que é já a quarta obra da responsabilidade da MCEESIP, constitui um instrumento valioso para os enfermeiros que, em todos os momentos e nos mais diferentes contextos, lutam para minorar e aliviar a dor e o sofrimento de crianças e jovens.

As intervenções não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas.

A MCEESIP salienta e agradece aos autores e revisores deste Guia o contributo generoso

e dedicado, bem como o trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros para a sua publicação.

Enf.^a Maria Amélia José Monteiro

Presidente da MCEESIP

ÍNDICE

Mensagem do Sr. Bastonário da Ordem dos Enfermeiros	05
Prefácio	07
Preâmbulo	09
INTRODUÇÃO	13
1 - FUNDAMENTAÇÃO	17
1.1 - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança	17
1.2 - Aspetos de humanização	19
1.3 - Padrões de qualidade	20
1.4 - Recomendações nacionais e internacionais na área da dor na criança	22
2 - PRINCÍPIOS GERAIS	25
3 - ALGORITMO DE ATUAÇÃO	29
4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA	31
5 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	47
GLOSSÁRIO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	59
Anexo 1 - «Medos normais»	59
Anexo 2 - Massajar partes do corpo	60
Anexo 3 - Executar técnica de distração	61
Anexo 4 - Ensinar o adolescente sobre autocontrolo da dor	61
Anexo 5 - Ensinar sobre técnica de relaxamento simples	62
Anexo 6 - Ensinar sobre terapêutica assistida por dispositivos	62
Anexo 7 - Kit Sem-Dói-Dói	63
Anexo 8 - Imaginação guiada	65

Anexo 9 - Relaxamento	66
Anexo 10 - Exercícios de respiração diafragmática	67
Anexo 11 - Relaxamento muscular progressivo	68
Anexo 12 - Relaxamento ativo (ou criativo).....	69
Anexo 13 - Outras estratégias complementares no alívio da dor	70

Este guia tem como finalidade orientar a prática de Enfermagem na área de intervenção do controlo da dor na criança, em resultado de tomadas de decisão concertadas dos enfermeiros. A produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de Enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (1,2).

A dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção. É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente.

Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo.

As medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica.

Destinatários - Enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e suas famílias, em situações de dor aguda, dor aguda relacionada com procedimentos de diagnóstico e terapêuticos e/ou tratamento de dor crónica.

Objetivos:

- Compreender a importância da utilização das estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Capacitar os enfermeiros de conhecimentos sobre algumas estratégias não farmacológicas a utilizar em crianças com dor;
- Possibilitar a tomada de decisão consentânea com este conhecimento.

O Guia Orientador de Boa Prática está organizado em cinco capítulos. No primeiro, é feita uma abordagem sobre a problemática da dor em pediatria, nomeadamente a identificação do processo doloroso, a avaliação da dor, a importância dos instrumentos de avaliação e das estratégias não farmacológicas. No capítulo seguinte, são descritos os princípios gerais de utilização das estratégias não farmacológicas na criança com dor. No terceiro capítulo está representado um esquema de algoritmo de atuação. A operacionalização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e as recomendações para a prática profissional são descritas no quarto capítulo. O quinto e último capítulo é reservado às questões de investigação.

I - FUNDAMENTAÇÃO

I.1 - ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

A dor nas crianças apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento.

Apesar de um grande avanço no conhecimento da dor durante os diferentes estádios do desenvolvimento e uma conseqüente melhoria no tratamento individual nas diversas faixas etárias pediátricas, muitas crianças ainda veem a sua dor sub-tratada ou tratada de modo insuficiente no contexto clínico atual (3,4).

É consensual que a dor experimentada pela população infantil pode ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento ou desde o período inicial da sua trajetória de desenvolvimento (5).

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas.

A importância do recurso a intervenções não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (5).

São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança. A sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva), (4,5,6).

Conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, as estratégias não farmacológicas podem classificar-se como (4,6,7):

- *Comportamentais* - Envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento);
- *Cognitivas* - Utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia);

- *Cognitivo-comportamentais* - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);
- *Físicas ou periféricas* - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular. Por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/massagem superficial, o posicionamento ou a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS);
- *Suporte emocional* - Implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto;
- *Ambientais* - Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.

A identificação de fatores de desconforto e a sua minimização deve ser valorizada. A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua percepção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

A maioria dos pais prefere estar presente durante os procedimentos dolorosos e para a criança esta presença também é desejada, tornando-se menos ansiosa e mais segura. Contudo, muitas vezes, os pais ficam perturbados e ansiosos e podem dificultar o controlo da criança sobre a dor manifesta, aumentando a sua ansiedade (4,8).

Na chamada «preparação psicológica da criança» (9), os enfermeiros realizam normalmente um conjunto de estratégias destinadas a tranquilizar a criança/família e obter a sua colaboração, sobretudo na realização de procedimentos dolorosos (9).

O domínio destas estratégias requer formação e treino, daí que o tratamento não farmacológico da dor na criança tenha muito a ver com a experiência da equipa de Enfermagem (10).

Para além das competências que os profissionais precisam de desenvolver relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, é importante ter

presente alguns aspetos essenciais relacionados com o seu bem-estar no hospital. Nomeadamente, a humanização dos cuidados e os direitos da criança hospitalizada, uma correta abordagem da dor (operacionalizada por normas e critérios de qualidade assistencial) e recomendações nacionais e internacionais na área da dor na criança.

Relembra-se ainda que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto de atuação multidisciplinar, onde se distinguem dois tipos de intervenções de Enfermagem:

- Intervenções interdependentes, iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde, responsáveis pela prescrição das estratégias farmacológicas para o alívio e controlo da dor, assumindo o enfermeiro a responsabilidade da sua implementação;
- Intervenções autónomas, iniciadas pelos enfermeiros responsáveis pela prescrição e implementação das estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor (1).

1.2 - ASPETOS DE HUMANIZAÇÃO

A humanização dos serviços de atendimento à criança e a defesa dos direitos da criança hospitalizada foram preocupações do IAC (Instituto de Apoio à Criança), desde a sua fundação, em 1983. Em 1995, foi criado o «Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança» com o objetivo definido de promover a discussão das questões da humanização e favorecer a mudança de atitudes e comportamentos das várias instituições, dos profissionais e da comunidade. Este setor é atualmente constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas (saúde, educação, direito e social), que cruza saberes, reflexões e experiências, de forma a promover novas formas de intervir na área dos serviços de atendimento à criança (11).

A Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas foi aprovada em 1986 pelo Parlamento Europeu e publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias. Várias associações puseram em marcha mecanismos para que esta Carta fosse realmente aceite e cumprida nos respetivos países (12).

A reprodução parcial da Resolução sobre uma Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas refere que (13) «o Parlamento Europeu(...) solicita que a Carta das Crianças Hospitalizadas proclame, nomeadamente, os direitos seguintes:

(...) 1) Direito a não receber tratamentos médicos inúteis e a não estar sujeita a sofrimentos físicos e morais evitáveis (...).

A Carta da Criança Hospitalizada, também denominada Carta da EACH (European Association for Children in Hospital), foi adotada em 1988 em Leiden (Holanda) e consiste numa listagem dos direitos da criança antes, durante e depois de um internamento hospitalar. A Carta da Criança Hospitalizada está de acordo com os direitos vinculativos que lhe correspondem, estipulados na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, e diz respeito a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (12).

Os dez princípios veiculados por esta Carta devem ser compreendidos no seguinte contexto:

- Todos os direitos mencionados na Carta e todas as medidas tomadas ou deduzidas a partir da Carta devem, em primeiro lugar, ser considerados no melhor interesse da criança e com o objetivo de melhorar o seu bem-estar;
- Os direitos mencionados na Carta aplicam-se a todas as crianças doentes, independentemente da sua doença, idade ou deficiência, origem, meio social ou cultural, ou de qualquer outra razão de tratamento, independentemente da sua modalidade ou local, quer em doentes internados, quer em ambulatório.

Nos últimos anos, as crescentes preocupações com o bem-estar da criança no hospital tornaram visível a necessidade de melhorar a qualidade da assistência à criança hospitalizada. A Carta da Criança Hospitalizada resume um conjunto de aspetos da humanização de cuidados à criança e família de que se salienta, no contexto deste Guia, o artigo 5º (12):

- «Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável»;
- «As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo».

1.3 - PADRÕES DE QUALIDADE

A partir das categorias dos enunciados descritivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros e da explicitação do seu enquadramento conceptual, é alocado o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para o alívio e controlo da dor na criança no padrão de qualidade «O bem-estar e o auto-cuidado» (1).

No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem

de Saúde da Criança e do Jovem, do Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, surgem elementos importantes a considerar (14):

- «A prescrição de intervenções de Enfermagem face aos problemas identificados (...), gestão da dor, (...);»;
- «O rigor técnico/científico na implementação de intervenções de Enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor».

Adaptando-o ao ambiente de cuidados pediátricos onde decorre o exercício profissional, o padrão de qualidade proposto é o seguinte (15):

«Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar da criança e da família e complementa as atividades de vida relativamente às quais são dependentes. Toma como foco de atenção a dor na criança e adota as estratégias ao seu alcance para prevenir e controlar a dor em todas as situações que provocam sofrimento sensorial e/ou emocional.

Critérios:

- Recolhe informação sobre a história da dor;
- Valoriza os relatos de dor;
- Avalia a dor nas crianças pré-verbais ou com incapacidade, utilizando escalas de hetero-avaliação;
- Ensina a criança sobre a utilização de escalas de avaliação;
- Diagnostica a dor;
- Planeia intervenções, incorporando a informação sobre a história de dor;
- Adota estratégias para prevenir a dor;
- Monitoriza a intensidade da dor com recurso a escalas adequadas;
- Avalia sinais fisiológicos e comportamentais de dor;

- Informa a criança e família sobre estratégias de controlo da dor;
- Utiliza estratégias de controlo de dor de acordo com a situação;
- Utiliza estratégias não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas no controlo da dor;
- Envolve a família nas estratégias de controlo da dor;
- Reporta alterações do diagnóstico de dor;
- Documenta o resultado das intervenções»(15).

1.4 - RECOMENDAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS NA ÁREA DA DOR NA CRIANÇA

Em 1992 foi criada em Portugal a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) e em 1999 instituiu-se o Dia Nacional de Luta contra a Dor (14 de junho). Em 26 de março de 2001 foi aprovado, por Despacho Ministerial, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (16).

Posteriormente, a Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico - normativas e depois de consultada a comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu, através da Circular Normativa n.º 09 /DGCG de 14/06/2003, a «**Dor como 5º sinal vital**», considerando como Norma de Boa Prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (17).

Em 2008 a Direção-Geral da Saúde, com o aval científico da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), através da Circular Normativa n.º 11 de 18/06/2008, emitiu o novo Programa Nacional de Controlo da Dor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, definindo novos objetivos e novas estratégias operacionais. Este programa baseia-se em alguns princípios orientadores (subjetividade da dor; a dor como 5º sinal vital; direito ao controlo da dor; dever de controlo da dor e tratamento diferenciado da dor). Nas suas estratégias de intervenção prevê a criação e divulgação, junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas, assim como a implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento, com o objetivo da melhoria efetiva

da qualidade de vida dos doentes com dor. Com este trabalho, pretende-se obter o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, melhorar a organização dos serviços prestadores de saúde, bem como as boas práticas na abordagem da dor (18).

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros publicou o Guia Orientador de Boa Prática: **Dor** (19). Especificamente para a área pediátrica, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 14 de dezembro de 2010, orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos, com registo sistemático da intensidade da dor (20).

Em 18 de dezembro de 2012, a Direção-Geral da Saúde publicou mais três orientações técnicas sobre o controlo da dor:

- Em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), (21);
- Nas crianças com doença oncológica (22);
- Nos recém-nascidos (0 a 28 dias), (23).

São também de considerar algumas entidades internacionais, no que respeita a orientações no controlo da dor, em geral, e da dor pediátrica, em particular, nomeadamente a *International Association for the Study of Pain (IASP)*; *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)* e o *Royal College of Nursing (RCN)*.

É importante respeitar alguns **princípios** que garantam os direitos das crianças, fundamentais para o efetivo controlo da dor (4,24,25,26,27,28):

- **Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo;**
- **Negociar a presença do pai/mãe ou de alguém significativo.**

As crianças sentem-se mais seguras com os seus pais junto delas, pelo que estes devem poder estar presentes durante os procedimentos. No entanto, em situações de grande ansiedade parental, por exemplo, a sua presença pode ser prejudicial;

- **Facilitar a segurança e proteção pelos pais.**

Os pais devem ser ensinados e instruídos acerca dos comportamentos verbais e não-verbais que otimizam a sua presença junto da criança;

- **Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;**
- **Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida;**
- **Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito.**

Explica-se à criança, de forma progressiva e repetindo as vezes que forem necessárias. O discurso verbal deve ser adequado ao seu desenvolvimento cognitivo, articulando os conceitos de saúde, doença e dor, tendo atenção à possibilidade de interpretações literais que podem provocar pânico como, por exemplo, «tirar sangue» e «picar». O discurso não-verbal pode potencializar a ansiedade e o medo da criança. Deve, assim, evitar-se o silêncio ou atitudes que levem à não compreensão do que se irá passar;

- **Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça;**
- **Ser honesto.**

É fundamental não mentir à criança quanto aos procedimentos dolorosos, nem

ameaçar com agulhas ou qualquer outra medida utilizada em tratamentos. Mentir à criança quanto aos procedimentos dolorosos e ameaçar, ensina a criança a desconfiar e a ficar com medo. Os medos da criança e as suas expressões de dor devem ser aceites e compreensíveis pelos profissionais, sugerindo alternativas (Anexo I);

- **Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos.**

É bom para a criança sentir que nós aceitamos os seus medos e que, por isso, os pode demonstrar. As bonecas, os fantoches ou desenhos podem ser usados para explicar os procedimentos e estimular a criança a falar acerca dos mesmos;

- **Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada»;**

- **Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, tais como: «pareces um bebé a chorar» ou «um homem não chora», comparando-a com outras crianças;**

- **Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor.**

Não focalizar muito a dor ou o potencial da dor, dizendo: «isso realmente dói muito» ou «eu sei que estás preocupada/assustada», pois esse comentário tanto pode incentivar a criança a ter expectativas piores como melhores face às situações de dor. Falar excessivamente sobre os sentimentos negativos da criança reduz as suas habilidades para o autocontrolo da dor. Além disso, expressar empatia no momento em que a criança experimenta dor não a ajuda a enfrentar e controlar a situação, sendo preferível compará-la com ela própria nos momentos em que foi eficaz;

- **Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento.**

Este controlo pode permitir que a criança escolha onde quer estar durante a administração da medicação ou a realização do tratamento: na cama, sentada ou no colo de alguém. Provavelmente, irá controlar melhor a dor do que a criança que não teve hipótese de escolha;

- **Proporcionar o «falar consigo próprio».**

As crianças e os adultos falam consigo próprios. Falar «consigo próprio» pode ser calmante e útil para algumas crianças, enquanto que noutras poderá causar mais

ansiedade. Alguns exemplos de frases úteis são: «isto vai acabar rapidamente», «eu sou capaz», «estou a conseguir». As crianças entre os seis e os dez anos podem ser acompanhadas durante o procedimento e dizer frases relaxantes para si próprias. Depois dos dez anos, as crianças podem aprender a fazê-lo sem ajuda;

- **Dar feedback positivo.**

A criança reage bem ao elogio. Os seus comportamentos cooperantes, bem como qualquer esforço nesse sentido, são encorajados (a criança deve ser elogiada por fazer o seu melhor). É bom dar à criança uma pequena recompensa por cooperar no procedimento, se possível associada ao contexto. Por exemplo, um penso rápido colorido ou com bonecos, autocolantes, recortar o adesivo de forma diferente e divertida ou outra atividade especial. Os procedimentos dolorosos são difíceis e as crianças que tentam colaborar devem ser reconhecidas, tal como aquelas que são capazes de o conseguir. As recompensas devem ser dadas pelo esforço, procurando evitar o suborno (antes do procedimento);

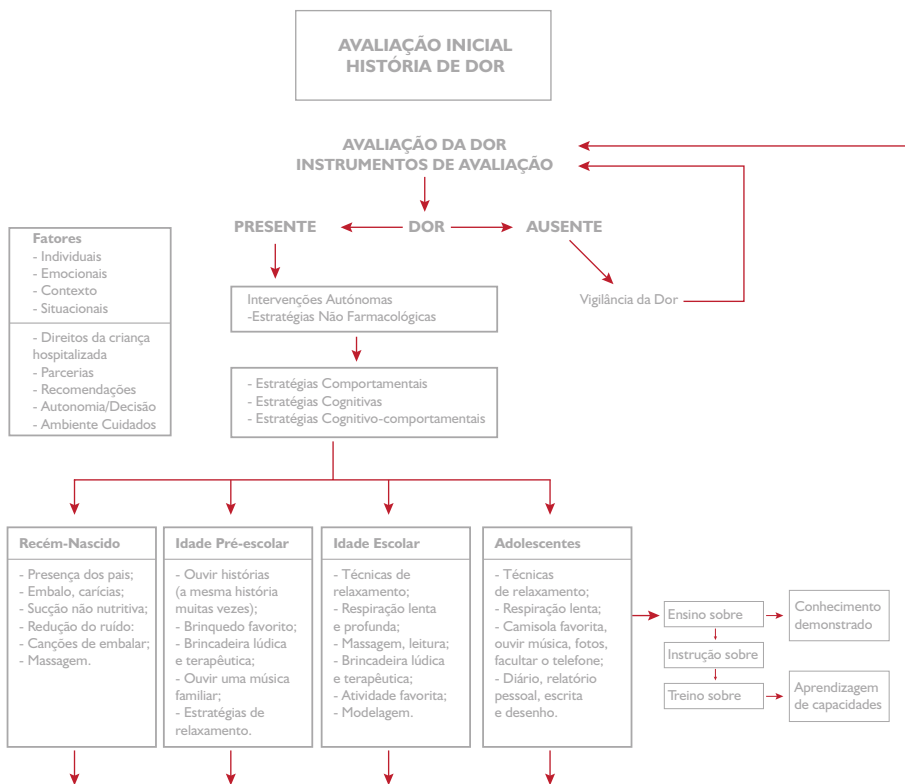
- **Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso.**

Acompanhar a criança no sentido de assegurar a relação de confiança previamente estabelecida;

- **Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;**

- **Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia.**

3 - ALGORITMO DE ATUAÇÃO



4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

Sendo inquestionável que o tratamento da dor nas crianças é eticamente exigível, alguns mitos têm servido de obstáculo à avaliação da dor e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de estratégias de controlo da dor. O envolvimento dos profissionais nesta área de cuidados tem conseguido desmontar mitos e atitudes que têm suportado a omissão dos cuidadores face à dor na criança.

Na compreensão da dor nas crianças, quando sabemos antecipadamente que um procedimento vai ser doloroso, devemos fazer tudo para evitar a dor, utilizando de preferência mais do que um processo e recorrendo à combinação de diferentes métodos farmacológicos e não farmacológicos (25).

A escolha da técnica mais adequada é determinante para a sua eficácia, daí a importância da história de dor na avaliação inicial, nomeadamente (4,19,29,30,31,32):

- **Características individuais e a sua história de dor** (por exemplo, idade, nível de desenvolvimento, estado clínico, experiências prévias de dor);
- **Características familiares ou do cuidador** (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes dos pais, percepção e atribuição de significado às experiências de dor; modelos e história de dor na família);
- **Características do profissional** (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes dos profissionais, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, disposição para a ação de avaliação e tomada de decisão no controlo da dor);
- **Aspetos culturais do contexto** (sistemas de crenças e valores);
- **História de dor.**

A inovação nas práticas de controlo da dor permite-nos fazer referenda à colheita de dados sobre história de dor no momento da realização da avaliação inicial. Embora esta medida não tenha sido contemplada em 2001, no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, constitui uma recomendação (7,19).

A história de dor consiste na colheita de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor, utilizando todas as fontes de informação documentais (ou não) disponíveis. Esta colheita deve ser realizada durante o acolhimento, especialmente no momento da admissão da criança ao hospital. Os seus objetivos são (20):

- Permitir a construção do diagnóstico;
- Obter informações úteis para a prevenção, avaliação e seleção conjunta das estratégias de alívio da dor;
- Valorizar o conhecimento que os pais têm acerca da dor do seu filho;
- Alertar os pais para a avaliação e intervenção na dor.

Nas crianças com idades a partir dos seis anos e no adolescente, as perguntas devem ser dirigidas à própria criança/adolescente e aos pais. Em idades inferiores, a entrevista é realizada aos pais. Esta entrevista deve ser orientada no sentido de pesquisar (4,19,20):

- a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- b) Fatores de alívio e de agravamento (o que fazem os pais e a criança/adolescente para aliviar a dor);
- c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Formas de comunicar/expressar a dor (quais as manifestações de dor que a criança/adolescente habitualmente apresenta);
- e) Experiências anteriores traumatizantes e medos (qual a situação mais dolorosa que já viveu);
- f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- g) Comportamento da criança no ambiente familiar;
- h) Efeitos da dor na vida diária (se a criança/adolescente tem dor aguda ou crónica, qual o impacto sobre as diversas atividades do dia a dia);
- i) Impacto emocional e socioeconómico.

CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

No âmbito dos novos modelos de desenvolvimento de cuidados de Enfermagem pediátricos, os pais são parceiros na prestação de cuidados de saúde aos seus filhos. Cabe aos enfermeiros colaborar na sua adaptação aos processos de saúde, adequando o seu papel parental através do ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (15).

Na identificação dos diagnósticos de Enfermagem, a avaliação do desenvolvimento da criança ao longo do ciclo vital conduzirá a processos de tomada de decisão que promovam o progressivo auto-cuidado da criança em idade escolar e adolescentes, através da transferência de conhecimentos e habilidades para que possam, o mais cedo possível, adquirir e assumir autonomia (15,19). São exemplo disso, os seguintes diagnósticos:

- *Conhecimento do adolescente sobre autocontrolo da dor - não demonstrado;*
- *Conhecimento da criança sobre técnica de distração - não demonstrado;*
- *Conhecimento da criança sobre técnica de imaginação guiada - não demonstrado;*
- *Conhecimento da criança sobre técnica de relaxamento - não demonstrado;*
- *Conhecimento do adolescente sobre técnica de distração - não demonstrado;*
- *Conhecimento do adolescente sobre técnica de imaginação guiada - não demonstrado;*
- *Conhecimento do adolescente sobre técnica de relaxamento - não demonstrado;*
- *Conhecimento sobre terapêutica de relaxamento simples - não demonstrado;*
- *Conhecimento sobre Terapêutica Assistida por Dispositivos (PCA) - não demonstrado;*
- *Aprendizagem de capacidades da criança para utilizar técnica de relaxamento - não demonstrado;*
- *Aprendizagem de capacidades do adolescente para utilizar técnica de relaxamento - não demonstrado.*

Em alguns casos, o termo do juízo para o diagnóstico pode estar implícito, o que acontece na construção do diagnóstico de Enfermagem «**Dor**». Seguindo as linhas de orientação CIPE®, na construção do diagnóstico temos: **Foco - «Dor» e o Juízo de diagnóstico - «Presente», com diagnóstico de «Dor Presente»,** o que se torna redundante. Neste caso, podem ser incluídos termos adicionais de outros eixos como, por exemplo, a localização.

Uma vez identificado o fenómeno «dor», há que proceder à avaliação da intensidade da dor, utilizando os instrumentos de avaliação recomendados relativamente à idade, desenvolvimento da criança e boas práticas da avaliação da dor na criança (19,20).

Em todas as circunstâncias, a avaliação da dor, para ser consistente, deve ser regular e sistemática, concordante com a necessidade de validar suspeita de dor ou eficácia da analgesia. Os instrumentos de avaliação, nomeadamente as escalas, necessitam de treino para que seja possível obter resultados fiáveis e uma intervenção eficaz. Assim, garante-se a uniformidade e a consistência da avaliação, reduzindo a subjetividade de interpretação dos indicadores.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na prática, os diferentes diagnósticos orientam para a prescrição de intervenções de Enfermagem com ações do tipo «vigiar», «monitorizar», «gerir», «ensinar», «instruir», «treinar» e «executar», numa atuação abrangente do fenómeno «**dor**» na criança:

- Vigiar a dor;
- Monitorizar a dor;
- Gerir o ambiente físico;
- Posicionar o recém-nascido;
- Posicionar a criança;
- Posicionar o adolescente;
- Massajar partes do corpo (Anexo 2);

- Comprimir partes do corpo;
- Executar técnica de massagem;
- Executar técnica de distração (Anexo 3);
- Executar técnica de imaginação;
- Executar técnica de relaxamento;
- Ensinar a criança sobre autocontrolo da dor;
- Ensinar o adolescente sobre autocontrolo da dor (Anexo 4);
- Ensinar a criança sobre técnica de distração;
- Ensinar o adolescente sobre técnica de distração;
- Ensinar a criança sobre técnica de imaginação guiada;
- Ensinar o adolescente sobre técnica de imaginação guiada;
- Ensinar a criança sobre técnica de relaxamento;
- Ensinar o adolescente sobre técnica de relaxamento;
- Ensinar a criança sobre terapêutica de relaxamento simples (Anexo 5);
- Ensinar o adolescente sobre terapêutica de relaxamento simples (Anexo 5);
- Ensinar o adolescente sobre Terapêutica Assistida por Dispositivos (PCA), (Anexo 6);
- Instruir a criança sobre técnica de relaxamento;
- Instruir o adolescente sobre técnica de relaxamento;
- Instruir o adolescente sobre Terapêutica Assistida por Dispositivos (PCA);
- Treinar a criança sobre técnica de relaxamento;

- Treinar o adolescente sobre técnica de relaxamento;
- Treinar o adolescente sobre Terapêutica Assistida por Dispositivos (PCA);
- Aplicar embalagem quente;
- Aplicar embalagem fria.

SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente. Algumas delas já foram enumeradas nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Volume II – *DIMINUIR O MEDO DA CIRURGIA*. Este Guia, sendo um recurso de «boa prática na preparação da criança/adolescente e família para a cirurgia» (33), apresenta um conjunto de Estratégias de Luta Contra o Medo da Cirurgia, também apropriadas no controlo da dor associada aos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos presentes nas situações de hospitalização. O treino e a instrução destas estratégias assentam na metodologia da brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica.

Na criança, brincar constitui um meio privilegiado de expressão. A sua importância é reconhecida no 7º Princípio da Declaração dos Direitos da Criança e pela Associação Internacional Para o Direito a Brincar (1977). Esta Associação defende que a criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar.

A brincadeira lúdica é uma estratégia de comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente. O objetivo consiste em reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à cirurgia e à realização de procedimentos invasivos (34).

A brincar, a criança expressa os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações. Deste modo, pode assumir o controlo das situações que a assustam. Brincar também promove a espontaneidade, a diversão, a satisfação e a autoestima da criança. Através da brincadeira, a criança interage com as outras e com os profissionais de saúde, tem a possibilidade de fazer escolhas e

de assumir o controlo das situações. Brincar é, para a criança, uma forma de comunicar com os outros e exige reciprocidade.

A brincadeira terapêutica «centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro» (35). É muito útil no momento da admissão ao hospital e na preparação para procedimentos.

Para estabelecer a brincadeira lúdica e terapêutica é necessário utilizar como recurso o brinquedo terapêutico, considerando que é um brinquedo estruturado para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas e estressantes, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar durante a hospitalização. Os brinquedos, tais como a mobília de hospital em miniatura, material médico de brincar e bonecos, são especialmente importantes para ajudar as crianças a exprimirem os seus medos e ansiedades. Brincar «aos médicos e enfermeiros» também nos pode ajudar a descobrir as conceções erradas que a criança tem relativamente à doença ou ao tratamento (36). Nesta perspetiva, uma das finalidades do brinquedo terapêutico é a preparação da criança para os procedimentos invasivos, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e dando primazia à comunicação entre a criança e o enfermeiro.

As unidades pediátricas, ao desenvolver uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica podem criar *kits* temáticos (ex: Kit sem Dói-dói), com «artigos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor, que vão desde medicamentos de ação tópica no controlo da dor, a material didático e lúdico para desviar a atenção da criança/adolescente da técnica dolorosa, através do brincar» (37, Anexo 7).

Tendo como princípio orientador uma abordagem individualizada e integrando os pais no processo de decisão, é possível desenvolver e implementar um esquema de intervenção de acordo com as especificidades dos vários grupos etários.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS EM RECÉM-NASCIDOS

Os cuidados são orientados para as necessidades do recém-nascido, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade, reduzindo o estresse e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas (4,36,38,39,40,41,42).

As intervenções não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e controlo da dor durante procedimentos de dor aguda em recém-nascidos. Das intervenções mais eficazes, referenciadas em vários estudos, destacamos (4,5,38,39,41,42,43,44,45,46, 47,48,49,50);

- Redução da incidência de luzes sobre o recém-nascido;
- Redução do ruído ambiente (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);
- Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Posicionamento adequado do recém-nascido (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);
- A concentração de manipulações;
- A massagem terapêutica;
- Embalo, «colinho»;
- O contacto físico dos pais com o recém-nascido (principalmente com a mãe) parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo;
- O método canguru - reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros;
- A sucção não nutritiva - está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor quando da sua interrupção;
- O leite materno - além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o recém-nascido, também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno ou oferecido por sonda nasogástrica;

- A sacarose a 24%, utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Tem-se verificado expressão facial de tranquilidade do recém-nascido e/ou diminuição do tempo de choro. Sabe-se que essa ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinocicetivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.

Este recurso é reconhecidamente eficaz e seguro, sendo indicado em 14 dos 15 procedimentos listados pelo *International Evidence-Based Group for Neonatal Pain*.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NAS CRIANÇAS/ ADOLESCENTES

- Intervenções cognitivas

- Fornecimento de informação antecipatória - a informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança. A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, uma vez que crianças com idade inferior a seis ou sete anos não retêm informação por mais de uma hora. Esta informação implica explicar à criança as etapas do procedimento e/ou sensações por ele evocadas (informações básicas, simples, claras e honestas para que a criança possa compreendê-las), através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu autocontrolo (4,6,51,52).

- Distração - técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É especialmente útil para controlar «dores» de curta duração como, por exemplo, a punção para colheita de sangue. As crianças de todas as idades podem ser distraídas com leitura, música, vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento (6).

Os bebés distraem-se facilmente com linguagem «teatral» ou mostrando alguma

coisa que desperte o seu interesse, como um brinquedo que chia ou algo brilhante e com movimento.

Utiliza-se a leitura, o contar de histórias, pequenos jogos, bolas de sabão, para crianças dos dois aos cinco ou seis anos. As crianças a partir dos seis anos podem ser ocupadas com jogos, música, televisão e contos (6).

As crianças mais velhas e os adolescentes podem distrair-se com uma conversa sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros, o que irá ajudá-los a descentrar o seu pensamento do procedimento em causa.

O envolvimento ativo da criança com o procedimento doloroso pode facilitar o seu comportamento como, por exemplo, falar sobre suas preferências, dentro de alternativas possíveis e com aprendizagem de autocontrolo na situação (falar, respirar profundamente, relaxar).

- Reforço positivo - técnica que promove o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor (5).
- Imaginação guiada - técnica em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Atua como distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de quatro anos, conduzindo a imaginação para um lugar agradável, numa atividade favorita, com pensamentos positivos, com histórias de super-heróis, reduzindo a sensação dolorosa, pelo bloqueio da informação nocicetiva (6,53,54). Esta técnica requer o envolvimento ativo da criança e exige algum tempo para que a explicação do método seja eficaz (55), (Anexo 8).
- Simulação ou modelação - demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos de confronto positivo da situação. Esta técnica permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a dor e a ansiedade. Possibilita à criança realizar procedimentos, usando instrumentos médicos reais ou de brincar, à medida que treina estratégias de confronto da dor como, por exemplo, o teatro, com antecipação da situação real (6).

- Intervenções comportamentais

- Distração comportamental - promover a realização de exercícios (a realização de atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos deixa a criança mais relaxada e menos preocupada. Consequentemente, o nível de ansiedade e de medo é tendencialmente reduzido) (5,56).

- Relaxamento muscular - estratégia que prepara a criança para uma situação estressante ou desagradável, como é o caso das situações dolorosas, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao acontecimento. O relaxamento é útil em todas as idades, mas assume especial importância nos adolescentes. O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, a náusea, o vômito e a dor (5,56), (Anexo 9).

Obter, com o relaxamento, um estado de relativa diminuição da tensão muscular, facilita o sono, aumenta o autocontrolo, reduz a fadiga, distrai e reforça a relação enfermeiro/doente pela atenção individualizada (56, 57). Uma pessoa relaxada tem uma expectativa mais positiva de poder obter alívio. Além disso, melhora o humor, aumenta o envolvimento noutras atividades e a tolerância à dor, diminuindo o estresse antecipatório e a ansiedade prévia aos procedimentos dolorosos (6,7,58,59):

Tipos de relaxamento:

- Exercícios de respiração diafragmática (Anexo 10);
- Exercícios de relaxamento muscular progressivo (Anexo 11);
- Exercícios de relaxamento ativo (Anexo 12).

A escolha do tipo de relaxamento depende do tempo disponível, da preferência da criança, da experiência do enfermeiro e da idade da criança. Os exercícios de respiração diafragmática são de fácil compreensão e colocados em prática num curto espaço de tempo, a partir dos dois anos, enquanto que os exercícios de relaxamento progressivo requerem muito mais tempo e devem ser usados a partir dos seis anos. A utilização de gravações áudio pode constituir uma alternativa simples e económica (6,51).

- Intervenções cognitivo-comportamentais

As intervenções cognitivo-comportamentais combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. Estas intervenções visam modificar os processos cognitivos da criança de forma a atenuar a sua perceção de dor, com base no pressuposto de que as cognições ou avaliações da pessoa acerca de determinados eventos ou situações influenciam o modo como ela sente e percebe tais procedimentos. A terapia cognitivo-comportamental é bastante utilizada em crianças mais velhas e adolescentes. Essencialmente, pretende-se que a criança passe a compreender a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade (5,52,60).

MÉTODOS FÍSICOS

- A aplicação de calor na zona dolorosa através de compressas, hidroterapia ou bolsas térmicas, promove a circulação sanguínea. De acordo com o tempo de aplicação e intensidade, produz efeitos a nível local, regional ou geral. O efeito analgésico deve-se, entre outros fatores, à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular (5,10,40).
- A aplicação de frio diminui a circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória, favorecendo o alívio da dor e a redução do edema (4,54).
- Massagem - a estimulação cutânea (massagem) tem o propósito de aliviar a dor através de relaxamento e distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor (4,5,61).
- Posicionamentos - as mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor (4,5).

OUTRAS ESTRATÉGIAS

- Musicoterapia - esta técnica ajuda a diminuir o estresse, a tensão, induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas, permitindo a fuga para um universo sem dor, ao abrigo da imaginação (60,62).

- A arteterapia - o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a ganhar controlo sobre a dor. A segurança e o conforto da criança são prioritários (brincar e distrair não são sinónimo de desvalorizar, ignorar ou menosprezar os sentimentos e percepções da criança) e o enfermeiro deve estar preparado para adaptar as atividades às necessidades de imobilização e repouso da criança (tabuleiros especiais para adaptar às camas, jogos suspensos, etc.).

- O humor é outra estratégia de comunicação com a criança e adolescente. Proporciona alívio da tensão e das preocupações e a sua utilização na prestação dos cuidados tem por finalidade tornar as relações mais próximas e de maior confiança. Trata-se da aptidão para criar um clima de leveza e de prazer, relativizar certas situações a fim de ajudar a pessoa cuidada a ver a vida de maneira mais aceitável e tranquila (63). O humor ajuda a desdramatizar situações difíceis e tem a capacidade de transformar a tristeza em alegria, a desilusão em cómico, o desespero em boa disposição (64). O humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer e ao bem-estar.

O riso é uma forma de desviar a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos. Estimula a produção de endorfinas e diminui a intensidade dos fenómenos dolorosos e a reatividade do organismo à dor. O riso facilita o relaxamento dos músculos respiratórios, provocando uma respiração do tipo diafragmático (65). Um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento.

Existem outras estratégias relatadas como eficazes no alívio da dor que não são frequentes na prática de Enfermagem. No entanto, há cada vez mais enfermeiros com competências em terapias complementares, tais como: hipnose (19), dessensibilização sistemática (41), Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), (19, 54, 66), acupuntura (54, 67), cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, dramaterapia, homeopatia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga (67, 68), (Anexo 13).

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de Enfermagem CIPE® são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem, medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de Enfermagem (69,70).

A avaliação tem como objetivo:

- Aferir a eficácia das intervenções;
- Fazer a gestão correta da dor;
- Prestar melhores cuidados de Enfermagem;
- Promover a satisfação de crianças/pais/profissionais;
- Obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, nomeadamente (71):
 - Resolução da dor/ganhos expressos na perceção da intensidade da dor;
 - Resolução do autocontrolo;
 - Ganhos em conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
 - Ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Promover a melhoria contínua da qualidade.

5 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Algumas questões com vista à melhoria dos cuidados à criança com dor:

- Qual o grau de satisfação/bem-estar conseguido pelas crianças/adolescentes após a realização de estratégias não farmacológicas?
- O ensino acerca das estratégias não farmacológicas reduz o nível de ansiedade que a criança apresenta no momento da admissão no hospital?
- Qual a relação entre o nível de ansiedade antes de um procedimento doloroso com e sem a utilização prévia de uma das estratégias não farmacológicas?
- Qual o grau de ansiedade obtido na admissão no internamento após informação sobre algumas das estratégias não farmacológicas possíveis?
- Quais os ganhos efetivos em saúde (diminuição do número de dias de internamento, diminuição de analgésicos, maior grau de satisfação, menos ansiedade, menos complicações pós-operatórias...) com a utilização regular das estratégias não farmacológicas, durante um internamento hospitalar?
- Quais as estratégias não farmacológicas solicitadas pelas crianças/adolescentes no pós-operatório, tendo em conta o ensino prévio das mesmas no pré-operatório?
- A utilização de estratégias não farmacológicas modifica a prevalência da dor durante o internamento?

Aprendizagem de capacidades - Aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de atividades práticas associadas a treino, prática e exercício.

Atitude face à dor - Atitude com as características específicas: opinião acerca da intensidade e qualidade da dor.

Autocontrolo - É um tipo de adaptação com as características específicas: disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção, para se conservar ativo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas e as atividades diárias.

Conhecimento - É um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação.

Controlo da dor - Processo dinâmico de estratégias e/ou intervenções coordenadas, que tem por objetivo prevenir, aliviar e tratar a dor.

Dor - Perceção com as seguintes características: aumento da sensação corporal desconfortável, referenda subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

Dor aguda - Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.

Dor crónica - Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas.

Ensinar sobre a gestão da dor - Ação de informar com as características específicas: dar informação sistematizada a alguém sobre a gestão da dor.

Ensinar - É uma maneira de informar com as seguintes características: dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.

Gerir - Ação com as características específicas: estar encarregado de, organizar para alguém ou alguma coisa.

Monitorizar - Ação de determinar com as características: escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa.

Instruir - Ação de ensinar com as características específicas: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa.

Treinar - Ação de instruir com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.

Vigiar - Ação de monitorizar com as características específicas: averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2007.
3. BARBOSA, SMM. - **Dor em Pediatria**. In: ALVES NETO, O. et al. **Dor, princípios e prática**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009: p. 778-784.
4. BATALHA, L.M.C. - **Dor em pediatria: Compreender para mudar**. Lisboa: Lidel; 2010.
5. LINHARES, M.B.M.; DOCA, F.N.P. - **Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas**. *Temas em Psicologia*, 2010, 18 (2):307-325.
6. CHEN, E.; JOSEPH, M.H.; ZELTZER L.K. - **Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children**. *The Pediatric Clinics of North America*. 2000; 47(3): p 513-525.
7. MCCAFFERY, M.; BEEBE, A. - **Pain: Clinical Manual For Nursing Practice**. Mosby, London, 1994.
8. BROOME, ME.; REHWALDT, M.; FOGG, L. - **Relationships between cognitive behavioral techniques, temperament, observed distress, and pain reports in children and adolescents during lumbar puncture**. *Journal Pediatric Nursing*. 1998,13(1); p 48-54.
9. FERNANDES, A. - **Rumo ao Hospital sem Dor**. Coimbra: ESEAF, 2001. Dissertação não publicada.
10. PIMENTEL, J.C. - **A dor na criança**. *Revista Divulgação*, 1992, 24: p.10-21.
11. FONSECA, A.; PERDIGÃO, A. - **Guia dos direitos da criança**, 2a ed. Instituto de Apoio à Criança, junho, 1999.
12. IAC (Instituto de Apoio à Criança) - **Carta da Criança Hospitalizada: Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança**. *European Association for Children in Hospital (EACH)*, Leiden, 1988: 16 p.

13. INFOCEDI - **Boletim do Centro de Estudos e documentação sobre a infância do Instituto de Apoio à Criança**, nº 12, fevereiro, 2009.
14. ORDEM DOS ENFERMEIROS. COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa, 2011 (aprovado em Assembleia Geral extraordinária de 22 de outubro de 2011).
15. ENFERMAGEM 2012. Hospital Pediátrico - **Crianças e Famílias, como as cuidamos...** (Documento Interno). Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Coimbra, 2012, p. 35.
16. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2001, 60 p.
17. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS, 2003, (Circular Normativa n.º9/DGCG/2003).
18. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: DGS, 2008, (Circular Normativa n.º11/DGCG/2008).
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM - **Guia Orientador de Boa Prática - DOR. Cadernos Ordem dos Enfermeiros**. Série I, (1). 2008.
20. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa: DGS, 2010, (Orientação n.º14/2010).
21. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações técnicas sobre o controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)**. Lisboa: DGS, 2012, (Orientação n.º22/2012).
22. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica**. Lisboa: DGS, 2012, (Orientação n.º23/2012).
23. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)**. Lisboa: DGS, 2012, (Orientação n.º24/2012).
24. LUKACS, E. - **La douleur d'origine iatrogène/acts diagnostiques et thérapeu-**

- tiques: évaluation et prevention.** *Journal de Pediatrie et de Puericulture.* 1993, 3:p. 138-143.
25. MCGRATH, P. - **Behavioural Measures of Pain.** In: Finley, GA; McGrath, PJ (Eds) *Measurement of Pain in Infants and Children: Progress in Pain Research and Management.* Seattle: IASP Press, 1998: p. 83-102.
26. ODRIOZOLA, E. ; ECHEBURÚA - **Perturbações da Ansiedade na Infância** McGraw-Hill. Lisboa, 2001.
27. REIS, G.; CARVALHO, D. - **As estratégias não Farmacológicas no controlo da Dor.** Revista do Centro Hospitalar de Coimbra, janeiro/março, 2007, (37): p. 36-39.
28. WHALLEY, L.F.; WONG, D.L. - **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5ª edição. 1999, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999: 1130 p.
29. CHAMBERS, C. - **The role of family factors in Pediatric Pain.** In P. J. McGrath, & G. A. Finley (Eds.), **Pediatric pain: Biological and social context. Progress in pain research and management.** Seattle: IASP Press. 2003, 26: p. 99-130.
30. CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. - **Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura.** *Jornal de Pediatria*, 2008, 84 (6): p. 477-486.
31. CRAIG, K.D.; RIDELL, R.R.P. - **Social influences, culture, and ethnicity.** In P. J. McGrath&G. A. Finley (Eds.), **Pediatric pain: Biological and social context. Progress in pain research and management.** Seattle: IASP Press 2003, 26: p. 159-182.
32. JOHNSTON, C. et al - **The social and environmental context of pain in neonates.** In K. J. S. Anand, B. J. Stevens, &P. J. McGrath (Eds.), **Pain in neonates and infants.** 3ª edição. Toronto: Elsevier. 2007.
33. ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boa Prática: Diminuir o medo da Cirurgia.** Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2011.
34. AFLALO, Cecília. - **Os significados do brincar. 2004.** www.escolaoficialudica.com.br.
35. GLASPER, A.& RICHARDSON, J. - **Text book of children's and young people's**

nursing. Londres. Elsevier in TAVARES, Patrícia Pombo. - **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada.** Lusociência. 2011.

36. LEMOS, S.; AMBIEL, C.R. - **Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento.** Revista Saúde e Pesquisa, 2010, 3 (3): p. 371-378.

37. CORREIA, M. Ivone F. S. Ornelas - **Kit SEM-DÓI-DÓI: Para ajudar a criança a lidar com a dor.** Enfermagem em Foco. Lisboa. Out/dez 2005. 61: p. 39-40.

38. BUENO, M. - **Dor no período neonatal.** In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: maio, 2004: p. 193-205.

39. CLARO, M.T. - **Dor em pediatria.** In: LEÃO, E. R. L; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital - reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Editora Maio, 2004: p. 207-218.

40. REIS, G. - **Avaliação e controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra.** Revista Dor. APED,2009, 17(2): p. 18-23.

41. CAMPBELL-YEO, M.; FERNANDES, A.; JOHNSTON, C.C. - **Procedural Pain Management for Neonates Using Non pharmacological Strategies: Part 2: Mother-Driven Interventions.** *Advances in Neonatal Care*, 2011, 11(5), 312-318.

42. FERNANDES, A.; CAMPBELL-YEO, M.; JOHNSTON, C.C. - **Procedural Pain Management for Neonates Using Non pharmacological Strategies: Part1: Sensorial Interventions.** *Advances in Neonatal Care*, 2011, 11 (4), 235-241.

43. STEVENS, B.; YAMADA, J.; OHLSSON, A. - **Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures.** *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD001069.

44. ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, **Sociedade Americana da Dor. Avaliação e terapêutica da dor em lactentes, crianças e adolescentes.** *Pediatrics* (Ed. Portuguesa.) 2001, 9: p. 463-467.

45. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY

- **Prevention and management of pain and stress in the neonate.** *Pediatrics*. 2000,105: p. 454-461.
46. ANAND, K.J.S. and *International Evidence-Based Group for Neonatal Pain* (2001). **Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn.** *Journal Article. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2001, 155(2): p. 173-180.
47. GUINSBURG, R. - **Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido.** *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 1999, 75 (3): p. 149-160.
48. JOHNSTON, C. et al - **Effect of repeated doses of sucrose during hell stick procedure in preterm neonates.** *Biology of the Neonate*, 1999, 75 (3): p. 160-166.
49. JOHNSTON, C. et al - **Effectiveness of oral sucrose and simulated rocking on pain response in preterm neonates.** *Pain* 1997, (72): p. 193-199.
50. JOHNSTON, C. et al. - **Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates.** *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157 (11): p. 1084-1088.
51. RUSY L.; WEISMAN, S.J. - **Complementary Therapies for acute pediatric pain management.** *The Pediatric Clinics of North America*. 2000, 47 (3): p. 589-599.
52. UMAN, L.S. et al - **A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review J. Pediatr. Psychol.** 2008, 33 (8): p. 842-854.
53. FONSECA, A.; PERDIGÃO, A. - **Guia dos direitos da criança**, 2ª ed. Instituto de Apoio à Criança, junho, 1999.
54. SILVA, E.A. - **Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas.** *Ciências Saúde*. 2007, 18 (2): p. 157-166.
55. SMALTZER, S.C.; BARE, B.G. - **Tratamento da Dor.** In: SMALTZER SC; BARE BG, ed. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002: p. 167-191.

56. FRANCISCHINELLI, A.G.B.; MODENA, T.; MORETE, M.C. - **Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos.** *Revista Dor*, 2009, 10 (1): p. 19-24.
57. LUKACS, E. - **La douleur d'origine iatrogène/acts diagnóstico et thérapeutiques): evaluation et prevention.** *Journal de Pédiatrie et de Puericulture*. 1993, 3:p. 138-143.
58. CRAIG, K.D. - **The social communication model of pain.** *Canadian Psychology*, 2009, 50(1): p 22-32.
59. KOEPPEN, A.S. - **Relaxation training for children.** In C. E. Schaefer & D. M. Cangelosi (eds), *Play Therapy Techniques*. New Jersey: Jason Aronson, 1997: p. 237-243.
60. OKADA, M.; MALAFAIA, J.C. - **Dor em pediatria.** In: TEIXEIRA, M. J. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu, 2006: p. 437-447.
61. MELZACK, R.; WALL, P. - **O desafio da dor.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.
62. LEÃO, E.R.; SILVA, M.J. - **Música e Dor crónica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens.** *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2004, 12 (2): p. 235-241.
63. PHANEUF, Margot. - **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação.** Loures. Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-84-3.
64. JOSÉ, Helena - **Humor: Uma Estratégia ao Serviço da Criatividade. Pensar Enfermagem.** Lisboa. Vol.3. Nº. 2. 1999, p. 25.
65. LOURENÇO, Arlete R; COELHO, Rosa Maria A. - **Perceção do Enfermeiro sobre o Riso na Relação Terapêutica.** *Nursing*. Maio. 2004. 188: 8-14.
66. MCGRATH, P. - **Behavioural Measures of Pain.** In: Finley, GA; McGrath, PJ (Eds) **Measurement of Pain in Infants and Children: Progress in Pain Research and Management.** Seattle: IASP Press, 1998: p. 83-102.
67. MALTA, J.A.S.et al - **Terapias Naturais na prática de Enfermagem.** Edições Formasau - Formação e Saúde. Coimbra, 2003.

68. TSUCHIYA K.K., NASCIMENTO M.J.P. - **Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro.** Rev. Enferm. UNISA 2002; 3: p.37-42.
69. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, versão 1,0. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2006.
70. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) - **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®** - «*Guidelines for ICNP® Catalogue Development*». Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2009: 24 p.
71. PEREIRA, F. - **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** Edição Formasau, 2009: 209 p.

ANEXO I

IDADE	MEDOS NORMAIS/ INATOS MAIS FREQUENTES
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruídos fortes. Pessoas estranhas. Animais. Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.
6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades.

Adaptado de Odriozola, E. Echeburúa (2001).

ANEXO 2

MASSAJAR PARTES DO CORPO

- 1) Aplicar inicialmente creme ou óleo de amêndoas doces nas mãos fazendo com que fiquem à mesma temperatura;
- 2) O cuidador que executa a massagem não deve perder o contacto com o corpo da criança ou adolescente que recebe a massagem, para que esta não se torne inquietante. Os dedos devem estar juntos e não abertos para evitar cócegas que causam a desconcentração de quem recebe a massagem;
- 3) Fazer movimentos de deslizamento ou circulares no sentido dos ponteiros do relógio, superficiais e profundos, com pressão e ritmo constantes, enquanto a mão contacta a pele;
- 4) A mão deve fazer uma pressão que produza um efeito mecânico e reflexo. O ato de pressionar oscila entre o leve toque e o movimento firme. Podem realizar-se movimentos de amassar, fricção, vibração e percussão;
- 5) Os movimentos de amassar consistem em pressionar os músculos de forma suave para ativar a circulação sanguínea, estimular a oxigenação e reparar os tecidos musculares lesados;
- 6) Os movimentos de fricção são efetuados com as pontas dos dedos, movendo-os energicamente para trás e para a frente no local selecionado, aumentando o fluxo sanguíneo. Eficaz no alívio da tensão muscular, dores e lesões localizadas nas costas;
- 7) Os movimentos de vibração consistem em embalar o corpo numa determinada área, colocando uma das mãos de cada lado do corpo e empurrando o corpo de uma mão para a outra, num ritmo calmo e constante. Para obter um relaxamento maior é vantajoso variar o ritmo e a pressão. Útil para relaxar os membros e as costas;
- 8) Os movimentos de percussão consistem em bater delicadamente com as pontas dos dedos para estimular as terminações nervosas e a circulação sanguínea, através de pequenos atos como o beliscar, dar palmadas ou fazer ventosas (com a mão em concha). Vantajoso no relaxamento das costas e face;
- 9) No fim da massagem, o movimento da mão deve deslizar sobre a mesma área com movimentos superficiais ou terminar com movimentos de vibração;
- 10) Durante a massagem, ouvir uma música calma, se for possível;
- 11) No bebé e até à idade escolar pode utilizar-se o *Toque em Borboleta* e a massagem *Shantala*.

1. - Departamento de Livros – *Os benefícios das massagens*. 1ª Edição. Sintra. 2007. p. 14-27.
2. - *Massagem Shantala*. Acedido em 9 de janeiro de 2010, em <http://www.coisasdamae.eu>.
3. - *Toque em Borboleta*. Acedido em 9 de janeiro de 2010, em <http://www.guiadobebe.uol.com.br>.
4. - www.massoterapia.org.br.

ANEXO 3

EXECUTAR TÉCNICA DE DISTRAÇÃO

- 1) Embalar;
- 2) Acariciar;
- 3) Oferecer chupeta;
- 4) Falar em voz baixa;
- 5) Cantar canções de embalar;
- 6) Fazer teatro com as mãos;
- 7) Ler histórias;
- 8) Oferecer brinquedo/jogo favorito;
- 9) Ouvir uma música familiar;
- 10) Pintar;
- 11) Descrever minuciosamente um objeto;
- 12) Executar modelagem de condutas.

ANEXO 4

ENSINAR O ADOLESCENTE SOBRE AUTOCONTROLO: DOR

- 1) Informar o adolescente que tem competências para controlar a sensação de dor em si próprio;
- 2) Apoiar o adolescente a falar consigo próprio sobre a sensação (descrever, identificar e caracterizar);
- 3) Facilitar o contacto com outros adolescentes com autocontrolo: dor eficaz;
- 4) Informar o adolescente sobre estratégias que podem aliviar a dor:
 - Usar objetos que confortam (camisola favorita, amuletos, fotos);
 - Ouvir música;
 - Ver televisão;
 - Usar o computador;
 - Facultar o telefone;
 - Incentivar o registo de dor num diário de dor;
 - Evocar imagens e momentos confortantes;
 - Identificar posturas e movimentos que diminuam a sensação de dor.

ANEXO 5

ENSINAR SOBRE TÉCNICA DE RELAXAMENTO SIMPLES

1) TÉCNICAS CALMANTES

- Segurar a criança numa posição confortável, verticalmente contra o tórax e ombro;
- Embalar num movimento amplo e ritmado;
- Repetir uma ou duas palavras calmantes, como «a mamã está aqui».

2) TERAPIA PELO JOGO/RELAXAMENTO CRIATIVO

- Bater palmas;
- Jogo da mão morta;
- Fazer de robot e depois boneca de trapos;
- Exercício de saltar à corda;
- Exercício de «não me importa»;
- Exercício de «subir a escada»;
- Exercício de «fanteche com molas nos pés».

3) TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO ABDOMINAL/DIAFRAGMÁTICA

Crianças pequenas: fazer bolas de sabão, soprar, apitar, cheirar uma flor, soprar uma vela.

4) TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO ABDOMINAL/DIAFRAGMÁTICA

Crianças em idade escolar e adolescentes:

- Pedir para descontrair o queixo e os ombros;
- Respirar lentamente e de forma ritmada;
- Fazer uma expiração forçada, expelindo o ar com força;
- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca, dilatando o abdómen enquanto inspira;
- Erguer a caixa torácica para deixar entrar mais ar, enchendo os pulmões ao máximo;
- Sustentar a respiração durante três ou mais segundos, expirar lentamente pela boca para que o estômago e a caixa torácica relaxem, e esvaziar completamente os pulmões.

ANEXO 6

ENSINAR SOBRE TERAPÊUTICA ASSISTIDA POR DISPOSITIVOS

Explicar o funcionamento da PCA (*Patient Controlled Analgesia*):

- «Pera», perfusão contínua, bólus e *lockout*.

ANEXO 7

KIT SEM-DÓI-DÓI

É constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, nomeadamente compressas, pensos, adesivos, ligaduras, soro fisiológico, máscaras, barretes, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos com texturas, cor e sons; CD's de músicas e histórias, livros, lápis para pintar, bonecos, fantoches, bolas de sabão, apitos tipo «língua da sogra», bolas anti-estresse e jogos. Destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo, a ansiedade da criança/adolescente e dos pais, associados à hospitalização e à cirurgia, assim como para diminuir a perceção de dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos. A utilização dos materiais do *kit* permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar.

O quadro seguinte representa um guia de utilização do brinquedo/jogo/material didático associado às estratégias a usar na preparação da criança e do jovem para a hospitalização e procedimentos invasivos, de acordo com as idades.

<i>Idades</i>	<i>Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico</i>	<i>Estratégia não farmacológica</i>
0 - 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Brinquedos macios, com cores vivas, que produzem sons: roca, telemóvel e caixinha de música; - Panos macios; - Bola com espelho e som, bola macia; - Livros com música e texturas em relevo; - CD's de música para bebés; - Máscara, barrete, frasco/sistema de soro e penso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis; - Jogo do «esconde-esconde»; - Simulação de procedimentos associados à cirurgia ou a procedimentos invasivos, através da colocação de máscara, barrete, perfusão endovenosa, penso na pessoa significativa e fazer com que o bebé toque estes materiais.
1 - 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Boneco para servir de modelo. Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras. Livros de histórias que podem estar relacionadas com a saúde: «O Diogo vai ao hospital», «O Diogo vai às vacinas», «O Ruca está doente»; - Livros coloridos com histórias, canções e rimas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar («faz-de-conta»); - Distração através da perceção visual, auditiva, tátil e olfativa; - Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;

	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos musicais como o tambor, a pandeireta, o piano, o xilofone; - Jogos de encaixe; - Fantoches de dedo; - Caixa com grãos de café; - CD's de música para crianças; - Material, como lápis e papel, para desenhos; - Apitos coloridos tipo «língua da sogra»; - Bolas de sabão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Relaxamento através de exercícios respiratórios.
4 - 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Boneco para servir de modelo; - Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de sorro; - Fantoches, bonecos variados; - Livros de histórias, que podem estar relacionadas com a saúde: «A Anita no Hospital»; - Livros coloridos com histórias, canções, lengalengas, rimas, adivinhas; - Jogos, como os <i>puzzles</i>; - Material como lápis e papel para desenhos; - CD's de música e histórias infantis e vídeos; - «Cobra d' água»; - Apitos coloridos tipo «língua da sogra»; - Bolas coloridas; - Blocos de diplomas ou medalhas de bom comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações a partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a realizar; - Distração através da perceção visual, auditiva e tátil; - Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos; - Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação.
7 - 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Livros «O Corpo Humano»; - Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas; - Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas; - Jogos: <i>puzzles</i>, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, <i>sudoku</i>, palavras cruzadas; - CD's de música e vídeos; - Bolas coloridas anti-estresse, «Cobra d' água», copo de massa maleável que permite produzir sons (para exercícios de relaxamento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Manipulação do material didático; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; - Leitura; - Distração; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.
12 - 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Livros «O Corpo Humano»; - Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas; - Jogos: <i>puzzles</i>, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, <i>sudoku</i>, palavras 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; - Leitura;

	cruzadas, cartas; - CD's de música e vídeos; - Bolas coloridas anti-estresse.	- Distração; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.
--	---	--

1. - CORREIA, M. Ivone F. S. Ornelas - **Kit SEM-DÓI-DÓI: Para ajudar a criança a lidar com a dor.** Enfermagem em Foco. Lisboa. Outubro/dezembro 2005. 61: 39-40.
2. - ORDEM DOS ENFERMEIROS – **GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: DIMINUIR O MEDO DA GIRURGIA.** Lisboa, 2011.
3. - REIS, Gina Maria Rodrigues dos; CARVALHO, Maria Dulce Ramos – **Estratégias não farmacológicas no controlo da dor.** *Revista Científica do Hospital Pediátrico de Coimbra*, Separata Científica 36. 2008.

ANEXO 8

IMAGINAÇÃO GUIADA		
EM QUE CONSISTE	CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO	ADEQUAÇÃO ÀS DIFERENTES IDADES
<p>Estratégia em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento, através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular.</p>	<p>Contar a história de forma muito viva e apelando a um conjunto de sensações diferentes, agradáveis e incompatíveis com a dor (imagens, sons, cheiros, tato).</p> <p>Estas estratégias funcionam bem em crianças sem dificuldades em se envolverem ativamente na imaginação e na fantasia.</p>	<p>Idade pré-escolar</p> <p>As estratégias imagéticas funcionam bem a partir dos três ou quatro anos, desde que se mantenha uma linguagem simples e se proceda a algumas adaptações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não fazer referência às palavras «sono» e «dormir»; • Sugerir à criança posicionar-se de forma confortável; • Permitir que se mexa e não insistir para fechar os olhos; • Para facilitar, pode-se dar uma imagem (fotografia, desenho) que ajudará a criança a iniciar a sua concentração numa situação de viagem, aventura, descoberta... <p>Idade escolar e adolescência</p> <p>Pode-se ensinar a criança ou adolescente a induzir ela própria o processo.</p> <p>Começar por sugerir que construa um cenário interessante que cumpra o objetivo de permitir evadir-se da realidade dolorosa para um mundo cativante e envolvente. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimentos das ondas do mar na praia; • Visita a uma floresta encantada; • Voo de uma borboleta à roda de uma planta. <p>Depois do cenário construído, a criança ou adolescente é instruído a colocar-se numa posição confortável, fechar os olhos se preferir, iniciar uma respiração lenta e controlada e começar a envolver-se na situação.</p> <p>O profissional deve coorientar o processo, mas a criança deve sentir que pode iniciar e terminar quando quiser.</p>

Adaptado de **Pain, Pain, Go Away: Helping Children With Pain** de M.cGrath, Patrick J.; G. Allen & Ritchie, J;
 Adaptado de **Pain: Current Understanding of assessment, Management, and treatments**, 2005, p.56 e 57.

ANEXO 9

RELAXAMENTO		
EM QUE CONSISTE	TIPOS DE RELAXAMENTO	ADEQUAÇÃO ÀS DIFERENTES IDADES
<p>Estratégia que prepara a criança para uma situação estressante ou desagradável. É o caso das situações dolorosas, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao acontecimento.</p> <p>Nas situações de dor crónica, o relaxamento pode ser utilizado para controlar episódios de dor repetida. Deve ser iniciado antes do episódio apresentar uma intensidade mais elevada.</p>	<p>Exercício de respiração diafragmática em que se procura manipular desta forma a ativação fisiológica.</p> <p>Exercício de relaxamento progressivo que consiste numa série de exercícios de contração e descontração muscular.</p> <p>Técnicas imagéticas (estratégias de sugestão, imaginação guiada ou de concentração da atenção).</p>	<p>Recém-nascido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embalo; - Carícias; - Chupeta; - Falar em voz baixa; - Música de embalar; - Massagem. <p>Idade pré-escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falar em voz baixa; - Massagem; - Histórias (contar a mesma história vezes sem conta); - Brinquedo favorito; - Música; - Podem utilizar-se também estratégias de relaxamento «criativo». <p>Idade escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podem aprender técnicas formais de relaxamento muscular; - Respiração lenta; - Massagem; - Leitura. <p>Adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podem aprender técnicas formais de relaxamento muscular; - Respiração lenta; - Amuleto. <p>Muitas das técnicas usadas em crianças mais novas (mimos, leitura de histórias, massagem) confortam também uma criança mais velha.</p>

Adaptado de **Pain, Pain, Go Away: Helping Children With Pain** de M.cGrath, Patrick J.; G. Allen & Ritchie, J.

Adaptado de **Pain: Current Understanding of assessment, Management, and treatments**, 2005, p.56 e 57.

ANEXO 10

EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA		
EM QUE CONSISTE	CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO	PROCEDIMENTO
<p>Neste tipo de respiração, denominada diafragmática ou «pelo estômago», o ar entra profundamente nos pulmões de modo a que o diafragma relaxe e os músculos do estômago também o façam. A vantagem para lidar com a ansiedade é que não permite a hiper-ventilação, responsável pelo agravamento sintomático das queixas.</p>	<p>O enfermeiro começa por dar o exemplo, colocando as mãos da criança no seu diafragma e fazendo os movimentos respiratórios lentamente.</p> <p>A seguir, pede à criança que o imite, colocando as suas mãos na barriga da criança e alternando uma ligeira pressão com o alívio da pressão para a ajudar a marcar o ritmo, enquanto repete a instrução «relaxa».</p> <p>Em crianças mais pequenas ou muito ativas, utilizar instrumentos como apitos e brinquedos para fazer bolas de sabão. Esta é uma boa alternativa para a criança conseguir uma respiração profunda e relaxada.</p>	<p>Crianças</p> <p>«Sopra com força para deitares todo o ar cá para fora»; «agora, enche a barriga de ar, como se fosse um balão e agora esvazia o ar todo para a barriga ficar magrinha... isso, outra vez, outra vez, ainda; quando metes o ar para dentro e fechas a boca e ele entra pelo nariz, depois da barriga estar grande como um balão, deitas cá para fora o ar todo pela boca, com força, ainda há mais um bocadinho lá dentro...deita todo cá para fora, boa!».</p> <p>Adolescentes</p> <p>«Sopra com força para deitares todo o ar fora»; «fecha os olhos, põe a mão direita no abdómen e coloca a esquerda no peito. Sem tentar mudar a tua respiração, está atento ao modo como respiras. Qual a mão que se mexe mais quando o ar entra nos pulmões?...O truque para respirar de modo a ficares relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito. Procura fazer agora esta mudança e, à medida que o ar vai entrando, ajuda a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vai treinando até te sentires confortável com este modo de respirar: Deixa o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usa também a barriga para expulsar todo o ar...isso mesmo!».</p>

1. Adaptado de **Pain, Pain, Go Away: Helping Children With Pain** de M.cGrath, Patrick J.; G. Allen & Ritchie, J.

Adaptado de **Pain: Current Understanding of assessment, Management, and treatments**, 2005, p.56 e 57.

2. PAYNE, Rosemary – **Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde**. 2ª Edição. Loures. Lusociência. 2003. 278p.

ANEXO 11

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO		
EM QUE CONSISTE	CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO	PROCEDIMENTO
<p>Procura diminuir os níveis de ativação e conseguir um estado de relaxamento de todo o corpo através de uma série de exercícios de contração e descontração muscular.</p>	<p>As instruções devem ser dadas num tom de voz baixa, suave e lentamente (podem ser gravadas para serem utilizadas sempre que necessário). Ensinar primeiro a contrair e descontraír grandes áreas musculares (braços e pernas). Deixar a criança tocar no corpo do enfermeiro para verificar as diferenças entre contraído e descontraído. Manter as instruções simples, breves e com recurso a um vocabulário colorido e adequado à idade. Por exemplo: «o corpo fica mole como uma boneca de trapos ou leve como algodão doce, depois de ter estado duro e pesado como ferro ou como uma prancha de <i>surf</i>». Não insistir para que a criança feche os olhos.</p>	<p>«Existem algumas regras que deves seguir para conseguires bons resultados com estes exercícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deves fazer exatamente o que eu disser, mesmo que por vezes te pareça um pouco idiota; 2. Deves esforçar-te por fazer o que eu disser; 3. Deves tomar atenção ao teu corpo (à forma como os teus músculos se sentem tensos e quando estão soltos e relaxados); 4. Deves praticar; quanto mais praticares mais relaxado te sentirás. <p>Queres fazer alguma pergunta? Estás pronto? Muito bem, fecha os olhos e não os abras enquanto eu não disser...».</p> <p>Mãos e braços: «imagina que tens um limão inteiro na tua mão direita. Agora espreme-o com força. Tenta espremer todo o sumo. Sente a tensão na tua mão e no teu braço enquanto espremes. Agora deixa cair o limão. Repara como os teus músculos se sentem quando estão relaxados. Pega noutro limão e espreme-o, tenta espremer com mais força do que o primeiro. Muito bem. Com força. Agora, larga o limão e relaxa. Repara como a mão e o braço estão melhor quando estão relaxados. Uma vez mais, pega noutro limão com a tua mão direita e espreme-lhe o sumo todo. Não deixes uma só gota. Espreme-o bem. Assim mesmo. Agora relaxa e deixa cair o limão».</p> <p>Repetir o processo para a mão esquerda.</p> <p>Seguidamente: braços e ombros; ombros e pescoço; maxilar; cara e nariz; estômago; pernas e pés.</p> <p>Finalização: «deixa que o teu corpo se torne mole e sente os teus músculos relaxados. Daqui a alguns minutos vou pedir-te que abras os olhos... Agora, muito devagar, abre os olhos e sacode os músculos. Muito bem. Fizeste um bom trabalho».</p>

I. KOEPPEN, A.S. - **Relaxation training for children.** In C. E. Schaefer & D.M. Cangelosi (eds), *Play Therapy Techniques*. New Jersey: Jason Aronson. 1997: p 237-243.

ANEXO 12

RELAXAMENTO ATIVO (OU CRIATIVO)		
EM QUE CONSISTE	CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO	PROCEDIMENTO
<p>Conjunto de procedimentos simples, associados frequentemente a uma respiração mais profunda, que pretendem dar uma percepção mais detalhada do estado muscular e nervoso e conseguir a libertação de tensões.</p>	<p>As instruções devem ser dadas num tom de voz baixa, suave e lentamente (podem ser gravadas para serem utilizadas sempre que necessário).</p>	<p>Estratégias: <u>Bater palmas</u> com muita força e depois sentir os braços a ficarem leves como algodão, como asas de um passarinho a voar;</p> <p><u>Jogo da mão morta</u>;</p> <p><u>Exercício da corda</u> - Usar os braços, primeiro esticados como uma corda esticada entre dois postes e depois como uma corda mole, como se fossem usá-la para saltar (útil para relaxar o braço, antes de um injetável ou colocação de cateter intravenoso);</p> <p><u>Exercício «não me importo»</u> - Em pé, com os pés ligeiramente separados e braços relaxados ao longo do corpo: «levanta os ombros como costumás fazer quando queres dizer que não te importas e depois deixa cair os ombros novamente». Repetir o exercício várias vezes e o mais espontaneamente possível. A criança pode, inclusivamente, verbalizar «eu não me importo»;</p> <p><u>Exercício «subir a escada»</u> - Em pé, com os pés ligeiramente afastados, a criança vai estender os braços para o teto e imaginar que vai subir, um a um, os degraus de uma escada...subir sobre a ponta dos pés e crescer, de modo a esticar-se o mais possível, como que para atingir o teto...um braço estica, depois o outro e assim sucessivamente. Depois, de uma só vez, relaxa completamente e com um grande suspiro fica de cócoras, baloiçando suavemente sobre as duas pernas... respirar bem antes de recomeçar o mesmo exercício, mais duas vezes;</p> <p><u>Exercício «O fantoche»</u> - Em pé, com os pés ligeiramente afastados (largura da bacia), a cabeça caindo sobre o tórax e a boca entreaberta, sem se inclinar para a frente. Dizer à criança para imaginar que tem pequenas molas debaixo dos pés, que a vão impulsionar no ar; pedir para saltar rapidamente sobre a ponta dos pés, deixando a cabeça, os ombros, os braços e as mãos como um fantoche ou uma boneca de trapos. Pedir para saltitar durante 10 a 15 segundos e depois recomeçar outra vez...</p>

I. BOSKIS – A relaxação ativa na escola e em casa, 1994.

ANEXO 13

ESTRATÉGIAS COMPLEMENTARES NO ALÍVIO DA DOR

As terapias denominadas «complementares» são usadas em associação aos tratamentos convencionais e não em substituição do tratamento convencional. Estas técnicas existem há milhares de anos, quer nas civilizações ocidentais, quer orientais, evidenciando benefícios na saúde/bem-estar das pessoas (1). As técnicas possíveis são múltiplas e, na maioria dos casos, não invasivas e indolores (1, 2). Não possuem efeitos colaterais prejudiciais e têm uma importante ação preventiva ao nível do desequilíbrio físico, mental e emocional, para além de poderem ser usadas concomitantemente a outros tratamentos (2). Todas estas terapias encontram, assim, uma inequívoca proteção no paradigma holístico no processo de cuidar e nos conceitos de saúde e doença, o que significa que o profissional considera as necessidades físicas, emocionais e espirituais do indivíduo como um todo (2).

ESTRATÉGIAS COMPLEMENTARES NO ALÍVIO DA DOR			
ESTRATÉGIAS	EM QUE CONSISTE	VANTAGENS	UTILIZAÇÃO NA CRIANÇA
<i>Aromaterapia</i>	Terapia que usa as propriedades aromáticas dos óleos essenciais – componentes extraídos de flores, ervas, plantas, árvores ou especiarias (2, 5). A aromaterapia pode ser associada à massagem aromaterapêutica, que consiste na combinação do poder revigorante do toque (massagem) com as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais. Estes ajudam a acalmar, relaxar a mente e o corpo e reduzir o desconforto (2).	Massajar o corpo com óleos aromáticos alivia a tensão muscular, aumenta a energia e o bem-estar. A massagem aumenta a quantidade de endorfinas circulantes. Associada aos óleos, os seus efeitos são potencializados pela interrupção da informação aos receptores da dor que chegam ao cérebro (2).	Pode ser usada em crianças a partir dos cinco anos, exceto se tiverem alergias respiratórias, asma, doença pulmonar crónica (existe o risco de provocar espasmos respiratórios). Pode ser usada, com precaução, em crianças pequenas.
<i>Reflexologia</i>	Técnica de massagem para promoção do equilíbrio e bem-estar (5), pela aplicação de pressão sobre os pés, mãos, orelhas e cabeça, correspondendo aos órgãos e nervos, com o objetivo de causar um arco de reflexo de estimulação na área necessitada. Afirma-se um efeito à distância sobre todas	O uso da reflexologia permite agir sobre o alívio da dor (13).	Pode ser usada em crianças de todas as idades.

	<p>as partes do corpo (5, 13). As áreas de reflexo são como pontos de pressão para o resto do corpo (13, p. 236). É uma técnica considerada simples, aplicada nos pontos reflexos, conforme mapas reflexológicos, largamente conhecidos na literatura.</p>		
<i>Reiki</i>	<p>Terapia considerada espiritual, realizada através do toque (uso/imposição das mãos) e baseada na canalização/partilha da energia para reposição do equilíbrio (4, 6, 12).</p> <p>Técnica que consiste em transferir energia de cura de um dador para um recetor. Aquele, ao impor as suas mãos, pode transmitir energia para que um mecanismo volte a funcionar normalmente (6, 12). Pela influência do <i>Reiki</i> a pessoa vai perceber, num nível profundo, as causas do seu sofrimento e reconhecer que deve mudar a sua visão sobre a vida (12, p. 228).</p> <p>É uma terapia sem medicamentos, completamente não invasiva, que age normalizando o corpo, aproximando o indivíduo do seu corpo, da sua mente e da sua consciência, de modo a que um sintoma só terá valor se relacionado ao ser total (3). Esta técnica ensina a aceitar a condição humana, não pela resignação, mas pela compreensão das leis universais da vida (12, p. 228).</p> <p>É um método de redução do estresse, procurando o bem-estar físico, emocional e espiritual (2, 6).</p>	<p>No caso concreto da dor, a nível físico observa-se um efeito rápido de alívio, relaxamento profundo dos tecidos musculares, melhoria da circulação sanguínea, mudança na transmissão sináptica dos sinais elétricos, melhoria do funcionamento dos órgãos internos e aumento das ondas alfa no cérebro (12, p. 227). Ao nível emocional-mental, assiste-se com frequência a uma catarse emocional, seguida de relaxamento e aceitação de uma determinada situação (12, p. 228).</p>	<p>Não existe uma idade mínima para iniciar um tratamento <i>Reiki</i> com crianças. É uma área que necessita ainda de investigação (6, 12).</p>
<i>Acupuntura</i>	<p>Modalidade da medicina tradicional chinesa que se encontra entre as mais antigas práticas de cura do mundo (4). Os seus efeitos terapêuticos são obtidos normalmente através da inserção de agulhas sólidas e extremamente finas nos tecidos (4, 7). Envolve a</p>	<p>Os pontos estimulados libertam neurotransmissores que reforçam a secreção de substâncias com efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e de imunização. Inibe/influencia, a transmissão da dor (7).</p>	<p>Nas crianças, este procedimento é realizado com pressão dos dedos ou laser. As agulhas são usadas normalmente em crianças a partir dos cinco anos.</p>

	<p>estimulação de pontos específicos no corpo. Encontra-se bem estabelecida a atuação a nível de um conjunto de áreas do Sistema Nervoso Central que, quando ativadas, inibem/influenciam, a transmissão da dor (7).</p>		
<i>Hipnose</i>	<p>Procedimento no qual os profissionais de saúde fazem sugestões de mudanças específicas na experiência (mudança de sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos) de um doente, com intenção terapêutica.</p> <p>A hipnose não é uma terapia mas uma ferramenta que se usa no contexto de uma terapia. Por essa razão, não existe hipnoterapia isoladamente (8).</p> <p>A hipnose tem sido estudada em muitos contextos de doenças que envolvem dor, como a doença oncológica, queimaduras e dor pós-operatória. Em todos estes contextos tem-se conseguido obter uma redução substancial da dor, que iguala ou ultrapassa qualquer outro procedimento psicológico conhecido para controlo da dor.</p>	<p>No caso do alívio da dor, estas sugestões poderão ser, por exemplo, que se vai sentir menos dor ou menos ansiedade numa situação particular (8).</p> <p>Mais do que um uso exclusivo, pode ser utilizada como procedimento auxiliar pré-anestésico.</p> <p>Frequentemente, conduz a uma diminuição da dose de anestésico necessária a procedimentos cirúrgicos de maneira geral (9). As pessoas, depois de aprender hipnose e auto-hipnose, não só referem sentir menos dor, como também consomem menos medicação para reduzir a dor (8). A hipnoterapia pode ser utilizada no alívio da dor aguda e crónica (9).</p>	<p>No caso das crianças, é pouco utilizada, quer por falta de conhecimentos, quer por falta de experiência dos profissionais de saúde (10). Eficaz na redução da ansiedade das crianças, antes da realização de procedimentos médicos invasivos. Promove a analgesia e sensação de relaxamento.</p> <p>Quando uma criança começa a pensar no procedimento e se torna ansiosa, é ensinada a parar esse pensamento, repetindo de seguida declarações ou pensamentos positivos que idealizou previamente (10, p. 68).</p> <p>As declarações positivas substituem os pensamentos negativos associados a procedimentos anteriores, ajudando assim a criança a ajustar de modo mais positivo memórias negativas. O sucesso da utilização desta terapia aumenta com a idade, mas pode ser utilizada em crianças com quatro ou mais anos (10).</p>
<i>Dessensibilização sistemática</i>	<p>Técnica que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a estímulos fóbicos; técnica de exposição à vivência traumática (11).</p> <p>O tratamento envolve duas fases: o treino de relaxamento que permite ao cliente desativar-se do ponto de vista fisiológico; quando já domina a técnica de relaxamento, passa-se à fase seguinte. Para que tal seja possível, é necessário construir uma hierarquia de situações causadoras de medo, atribuindo-lhe um determinado valor. Por outro lado, o treino de dessensibilização consiste em</p>	<p>É útil para enfrentar os grandes medos relacionados com procedimentos médicos mas exige muitos recursos, principalmente relacionados com o tempo.</p>	<p>No caso específico da criança, consiste no ensino de técnicas de <i>coping</i> (relaxamento, demonstração ou outros), à medida que a criança é exposta gradualmente aos seus medos, com o objetivo de alcançar progressivamente baixos níveis de ansiedade. Para se tornar eficaz, é preciso tempo. Por esse motivo, é uma técnica pouco utilizada na prática com crianças (10, p. 66).</p>

	colocar, de forma gradual, o cliente numa situação que lhe provoque medo e ansiedade, para que se deixe de sentir ativado de forma fisiológica (11).		
<i>Estimulação Elétrica Transcutânea</i>	Método físico, alternativo, de alívio da dor. A TENS tem a finalidade de proporcionar analgesia, empregando uma bateria com elétrodos aplicados à pele que transmitem estímulos elétricos na área da lesão ou dor, ao longo do trajeto do nervo (10, p.70). A sua ação pode ser explicada pela «Teoria do Portão», segundo a qual a estimulação das fibras grossas, mielinizadas, condutoras de sensações não dolorosas, fecha o portão ou que a TENS induz a produção de endorfinas. (10,13).	Descrita como eficaz nas dores crónicas, no período pós-operatório e na punção venosa (10). É ainda especialmente indicada para as dores neurológicas e reumatismais (3).	No caso da criança, necessita da sua colaboração e também da família. Permite reduzir o consumo de analgésicos (3).

1. ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Parecer nº 18/2011**.
2. TSUCHIYA, K; NASCIMENTO, MJP – **Terapias Complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro**. Revista de Enfermagem UNISA 2002, 3, 37-42.
3. INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **A dor na criança – Guia de atitudes e procedimentos**. Lisboa. 2006. ISBN 972-8003-25-0.
4. NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. [Em linha]. Disponível em <http://nccam.nih.gov>. [Consultado a 20.04.12].
5. GRAIG, M. S; VALENTINE, W.A – **Práticas Integradas de Saúde: Terapias Complementares Alternativas** In javascript: NewSearch (TI) Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Jane CR, Donna RM. Loures. Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-07-9. p:1198-1216.
6. VITALE, A et al – **Introduction for Reiki at University Medical Center, Tucson, Arizona, a Magnet Hospital**. Holistic Nursing Practice. 2011. p. 231-232.
7. SOCIEDADE PORTUGUESA MÉDICA DE ACUPUNTURA. [Em linha]. Disponível em www.spma.pt. [Consultado a 05.04.12].
8. CARVALHO, C – **Entrevista com o Professor Irving Kirsch – Uma conversa acerca da hipnose clínica e experimental**. Análise Psicológica. 2010 28 (2). p: 377-384. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt>. [Consultado a 12.03.12].
9. SILVA EA et al – **Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas**. Com. Ciências Saúde. 2007. 18 (2) p. 157-166.
10. BATALHA, LMC – **Dor em pediatra: Compreender para mudar**. Lisboa. Lidel. 2010.
11. KNAPP, P; CAMINHA, RM - **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 25(1). 2003. [Em linha]. Disponível <http://www.scielo.br>. [Consultado a 12.03.12].

12. VERRIER, GF – Reiki e Dor. *In Fórum 07 – O Cidadão e a Enfermagem - Coletânea de Comunicações do Fórum 07 e Exposição de Saúde e Associativismo*. Coimbra. Edição Ordem dos Enfermeiros. 2007.

13. DIAS, FPB – **Plano Nacional de Luta contra a Dor – Intervenções não farmacológicas**. *In Fórum 07 – O Cidadão e a Enfermagem - Coletânea de Comunicações do Fórum 07 e Exposição de Saúde e Associativismo*. Coimbra. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2007.

