

Rita Marques Alexandre

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade ciências da saúde

Porto, 2012

Rita Marques Alexandre

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade ciências da saúde

Porto, 2012

Rita Marques Alexandre

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Projeto de graduação apresentando à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Sumário

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (2005), há uma necessidade urgente de melhorar o tratamento das crianças hospitalizadas com dor. Isto porque, apesar dos enfermeiros admitirem que a criança sente dor, a realidade mostra que estes não têm saberes e práticas definidas e consistentes quando lidam com esta problemática (Vortherms, et al. cit. in Batalha 2003).

Neste sentido, os objetivos do presente projeto de graduação, são: identificar como o enfermeiro avalia a dor da criança hospitalizada; identificar os instrumentos mais utilizados pelo enfermeiro para avaliação da dor na criança; identificar as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação da dor na criança hospitalizada; e identificar como o enfermeiro intervém na dor da criança hospitalizada.

Para o cumprimento destes objetivos recorreu-se à realização de um estudo de investigação quantitativo, exploratório descritivo, com uma amostra não probabilística de conveniência.

O estudo foi realizado num serviço de urgência pediátrica, numa unidade local de saúde. A amostra foi constituída por oito inquiridos, e o instrumento utilizado para a colheita de dados foi um questionário construído para o efeito. O tratamento estatístico dos dados, foi realizado com o recurso ao SPSS, versão 20.0.

Os resultados sugerem que 75% dos inquiridos avaliam a dor na criança hospitalizada, recorrendo à observação, ao diálogo e a recursos de instrumentos. Avaliação em 37,5% dos inquiridos é realizada através de escalas da dor.

Os resultados sugerem ainda que, 87,5% dos inquiridos apresentam, dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada e 37,5%, utilizam apenas medidas farmacológicas na intervenção para gestão dessa dor.

Resume

According to the International Association for the study of Pain (2005), there is an urgent need to improve the care of children in pain that are hospitalized. Despite nurses admit that children are in pain, the reality shows that they don't have consistent clinical

knowledge when they were dealing with pain problems (Vortherms, et al. cit. in Batalha 2003).

The goals of this graduation project are: Identify how the nurse evaluates pain of hospitalized children; Identify the most useful means of pain evaluation on children; Identify the difficulties of the nurse in pain evaluation of hospitalized children; Identify how the nurse intervenes in hospitalized child pain.

To accomplish these goals we have a non-probability convenient sample where we have done an investigation in description and quantitative study.

The study was realized in the Pediatric Emergency Room, in a health local unity, and had eight people as sample, where the data collection was done with surveys. The statistics data management, was done using the SPSS , version 20.0.

The results suggest that 75% of nurses evaluate pain on the hospitalized children by observation, dialogue and other resources. 37,5% of nurses do their evaluation through pain scales.

The results suggest that 87,5% of nurses show difficulties on the evaluation of hospitalized children pain and 37,5% use only pharmacology measures in pain management.

Agradecimentos

Ao apresentar este trabalho não posso deixar de expressar os meus agradecimentos a todo um conjunto de pessoas e entidades que contribuíram para a sua realização.

Agradeço em particular:

À Universidade Fernando Pessoa, à professora Anabela Rodrigues, ao professor José Teixeira e professora Júlia Rodrigues.

À Professora Anabela Rodrigues, o meu profundo e sincero reconhecimento, pela orientação, pela disponibilidade e dedicação demonstrada, pelas discussões e sugestões oportunas, pelo incentivo e apoio concedidos.

Aos meus pais, pela sua compreensão, força e disponibilidade transmitida ao longo de toda a elaboração deste trabalho.

E um agradecimento especial fica feito a todos os meus amigos de curso que me acompanharam nesta longa etapa.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
I. FASE CONCEPTUAL.....	14
1. Tema e questão de investigação	14
2. Objetivos de Estudo.....	15
3. Revisão da literatura	16
i. A dor na criança hospitalizada.....	17
ii. Neurofisiologia da dor	17
iii. Fatores de influenciaram a dor	21
iv. Papel da Família.....	23
v. Modo de expressão e comunicação da dor na criança	24
vi. Relação entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada.....	26
4. Gestão da dor da criança hospitalizada pelo enfermeiro	29
vii. Avaliação da dor.....	30
viii. Intervenção na dor.....	34
ix. Medidas farmacológicas.....	35
x. Medidas não farmacológicas	38
5. O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: Estudos Empíricos	41
II. FASE METODOLOGICA	44
2. Desenho de investigação	44
xi. Meio	44
xii. Tipo de estudo	45
xiii. Variáveis.....	45
xiv. População e amostra.....	46
xv. Instrumento de colheita de dados	47
xvi. Pré-teste.....	48
xvii. Tratamento de dados	49
xviii. Princípios éticos.....	49
III. FASE IMPÍRICA	52
3. Apresentação dos resultados.....	52
4. Apresentação e Discussão dos Resultados	54

IV. CONCLUSÃO.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	67

ANEXOS

ANEXO I – Papel da família

ANEXO II - Escalas de Avaliação da Dor

ANEXO III - Métodos usados para avaliação da dor em pediatria

ANEXO IV – Questionário

ANEXO V - Declaração de Princípios Éticos e de Confidencialidade, Declaração
Consentimento Livre e Informado e autorização para aplicação de questionário

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Modelo dos fatores situacionais, comportamentais e emocionais que afetam a dor na criança.....	21
Imagem 2 - Representação esquemática das relações.....	28
Imagem 3 - Escala Analgésica OMS.....	35
Imagem 4 - Analgésicos não opiáceos, opiáceos fracos e fortes.....	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço em pediatria.....	53
Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros pela formação académica.....	53
Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros de como avaliam a dor da criança hospitalizada.....	54
Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros conforme os recursos a instrumentos utilizados na avaliação da dor da criança hospitalizada.....	55
Tabela 5 – Cruzamento entre dados do tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e como avalia a dor na criança hospitalizada.....	55
Tabela 6 - Cruzamento entre o tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e a perceção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada.....	57
Tabela 7 – Aspetos que podem dificultar a avaliação da dor da criança hospitalizada..	58
Tabela 8 – Cruzamentos entre dados do tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e aspetos que podem dificultar a avaliação da criança hospitalizada.....	59
Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros como intervêm na dor da criança hospitalizada.....	60
Tabela 10 – Medidas não farmacológicas.....	61
Tabela 11 – Cruzamento entre o dados do tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e como intervêm na dor da criança hospitalizada.....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.....	51
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	52
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de serviço total.....	52
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros na percepção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada.....	56

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação e Integração Profissional do plano de estudo do 4º ano do curso da licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Para a realização do presente projeto de graduação, foi escolhido o seguinte tema: *O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção*. Esta escolha ficou a dever-se à necessidade de conhecer melhor uma área tão vasta como esta, cujas fronteiras não estão consolidadas.

Na verdade, enquanto alunos de enfermagem, vamos presenciando alguns cuidados prestados por médicos e enfermeiros que sugerem alguma falta de eficácia no alívio da dor nas crianças. Apesar destes profissionais admitirem que a criança sente dor, a realidade mostra que não têm saberes e práticas definidas e consistentes quando lidam com a problemática da dor (Batalha, 2003). Num estudo realizado por Vortherms e tal (cit in Batalha 2003) 20% dos enfermeiros referiam acreditar que os doentes se queixavam mais do que a dor que realmente sentiam. Por outro lado, numerosos artigos têm demonstrado que o eficiente controlo da dor depende da ação do enfermeiro que domina as intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor (Batalha 2003).

Hoje em dia, todos os profissionais de todas as áreas necessitam de uma base de conhecimentos a partir da qual possam exercer a sua prática, e o conhecimento científico proporciona essa base, de forma especialmente sólida (Polit et al.1995).

É neste sentido, que esta pesquisa pretende dar informações úteis sobre a situação presente, contribuindo o conhecimento adquirido para identificar saberes e práticas dos enfermeiros, de forma a contribuir para melhorar a qualidade de vida das crianças.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (2005), há uma necessidade urgente de melhorar o tratamento das crianças hospitalizadas com dor, tanto por razões humanitárias e éticas como pelo facto de a dor não afetar apenas a saúde da criança, mas potencialmente poder contribuir para a sua incapacidade e sofrimento. A Convenção das Nações Unidas reconhece que as crianças são um segmento vulnerável da população, e que, por isso, têm direito a especial consideração em todos os aspetos, incluindo os

cuidados de saúde. Apesar deste reconhecimento, a prevenção inadequada e o descuido no alívio da dor das crianças, é ainda uma realidade generalizada.

A criança hospitalizada sofre, sente dor e desconforto. No meio hospitalar todas estas emoções se evidenciam. A dor quando não corretamente avaliada e tratada, pode prolongar o tempo de hospitalização da criança (Luft, 2010).

Os vocábulos expressivos de dor nos textos homéricos têm merecido a atenção dos filósofos na procura do sentido da sua utilização. A construção da dor enquanto objeto de estudo pode ser refeita desde a antiguidade greco-romana até meados deste século. Trata-se da história das crenças e do conhecimento sobre a dor e os seus mecanismos, e sobre a luta contra a dor, capturada através da linguagem médica e do discurso de profissionais de saúde sobre a dor ao longo de mais de vinte séculos (Rey, 1993).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2011) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita como tal.

A abordagem à criança doente é ainda muito recente, uma vez que esta engloba uma dimensão complexa, difícil de entender devido à dificuldade em se expressar e, ser compreendida. Recentemente têm surgido cada vez mais estudos e pesquisas com o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde com vista à melhor qualidade dos serviços prestados (Batalha, 2003).

O profissional de saúde deve estabelecer uma relação de confiança com a criança hospitalizada de modo a transmitir-lhe o máximo de segurança e bem-estar. Por outro lado, o profissional de saúde deve, também, ser capaz de identificar os fatores que interferem no tratamento, nomeadamente fatores da doença (aguda ou crónica, se é muito grave ou pouco grave, se altera a rotina diária da criança, se a resposta ao tratamento é positiva ou negativa, entre outros), bem como os fatores da criança enquanto indivíduos (nomeadamente, a sua capacidade de compreensão e relação com os outros e a sua perceção quanto à doença e quanto ao tratamento). Importa ainda referir que o profissional de saúde deve ser ele próprio crítico e capaz de avaliar se a dor é objetiva e, portanto real e que existe efetivamente, ou se por sua vez é subjetiva não

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

existe efetivamente sendo algo que a criança diz sentir mas que não é real (Murakami, 2011).

A agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública (AHRQ), Sociedade Americana da Dor (APS) e a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) descrevem a dor como o quinto sinal vital, que deve ser avaliado e registado conjuntamente com os outros sinais vitais: temperatura, tensão arterial, respiração e pulso (Sousa cit. in Eler, 2006).

Cabe à equipa de enfermagem estar atenta às queixas álgicas do doente, pois a dor é o que o doente afirma estar a sentir, sendo o relato a mais real evidência de dor e descrição da intensidade (McCarrery et al cit. in, Eler 2006). A partir do relato do doente o enfermeiro deve avaliar a dor, é este o primeiro passo para o planeamento do cuidado. A dor não impõe apenas a determinação do problema físico, mas também problemas psicológicos, sociais e emocionais do seu sofrimento e deve ser realizada em conjunto com todos os profissionais que acompanham o doente (Zago cit. in Eler 2006). É aqui que entram as terapias complementares como adjuvante ao tratamento farmacológico, proporcionando o alívio da dor.

A intervenção do alívio da dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso passa pela combinação de ambas (Smeltzer e Bare cit. in Eler 2006).

Neste contexto, surge a questão: *Como avalia e intervém o enfermeiro a dor na criança hospitalizada?*

Como forma de encontrar resposta a questão, foram considerados como objetivos:

Objetivo geral:

- Caracterizar a atitude do enfermeiro perante a criança hospitalizada que convive com dor;

Objetivos específicos:

- Identificar como o enfermeiro avalia a dor da criança hospitalizada;

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

- Identificar os instrumentos mais utilizados pelo enfermeiro para avaliação da dor na criança;
- Identificar as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação da dor na criança hospitalizada;
- Identificar como o enfermeiro intervém na dor da criança hospitalizada.

Para o cumprimento destes objetivos e referida pergunta de partida realizou-se um estudo de investigação quantitativo exploratório descritivo, com uma amostra não probabilística de conveniência.

O estudo foi realizado num serviço de urgência pediátrica, numa unidade local de saúde, e teve como amostra oito inquiridos, tendo sido utilizado o questionário como instrumento de recolha de dados. Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, recorreu-se ao SPSS (Estatística de Dados para as Ciências Sociais), versão 20.0.

Fortin (1999) refere que o processo de investigação é composto por três fases principais, sendo estas:

- ✚ **Fase conceptual** – consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara do problema.
- ✚ **Fase metodológica** – baseia-se na definição dos meios necessários à realização da investigação. O investigador determina a forma pela qual obterá as respostas às questões de investigação colocadas ou a verificação das hipóteses formuladas.
- ✚ **Fase empírica** – corresponde à colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística.

Este trabalho encontra-se assim dividido em três partes principais: A fase conceptual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objetivos e a fundamentação teórica acerca do tema em questão. A fase metodológica onde se evidenciou os processos metodológicos da investigação. A fase empírica onde se apresentou a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Os resultados sugerem que 75% dos inquiridos avaliam a dor na criança hospitalizada, recorrendo à observação, ao diálogo e a recursos de instrumentos. Avaliação em 37,5% dos inquiridos é realizada através de escalas da dor.

Os resultados sugerem ainda que, 87,5% dos inquiridos apresentam, dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada e 37,5%, utilizam apenas medidas farmacológicas na intervenção para gestão dessa dor.

I. FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (1999) conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo. (...) A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular.

Para desenvolver um trabalho de investigação torna-se necessário realizar uma revisão da literatura, pesquisa de publicações anteriores e leitura de trabalhos já realizados, relacionados com a temática em estudo.

1. Tema e questão de investigação

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação, ou ainda, é um desvio entre a situação atual e a situação tal como deveria ser (Fortin, 1999).

Segundo o mesmo autor, qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Este campo de interesse é habitualmente associado aos estudos empreendidos, a preocupações clínicas, profissionais, comunitária ou sociais (Fortin, 1999).

O tema em estudo neste projeto é: *o enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção.*

A saúde é relacionada ao bem-estar e à liberdade e durante a experiência de hospitalização parece ser ainda mais valorizada. Por sua vez para as crianças hospitalizadas a doença é vista como um problema que gera consequências dolorosas, motivo pelo qual a saúde é algo que desejam recuperar o mais rápido possível (Murakami, R. et al, 2011).

A criança ao ser admitida numa unidade hospitalar, é acolhida por uma equipa multidisciplinar, mas é a equipa de enfermagem que está mais próxima desta e é de sua responsabilidade estabelecer uma relação de confiança de modo a transmitir-lhe o máximo de segurança e bem-estar. Os enfermeiros que trabalham em pediatria devem procurar responder às necessidades físicas e psico afetivas da criança, sabendo que cada criança é única e se insere num ambiente familiar e social que deve ser conhecido e respeitado (Murakami, et al 2011).

A doença, a dor e a hospitalização constituem um momento de crise e conseqüente desequilíbrio para a criança, pois a doença representa uma mudança no seu estado de saúde e porque envolvem profundas adaptações às mudanças que ocorrem no seu quotidiano, impedindo-a de realizar a sua rotina. Além disso, depara-se com um ambiente totalmente desconhecido, com pessoas estranhas e procedimentos dolorosos (Murakami, et al 2011).

Segundo a Legislação - Criança Adolescente e Saúde da Associação de apoio à criança (2002) a idade pediátrica legalmente adotada é de 15 anos de idade (14 anos e 364 dias). Com esta amplitude de idades podemos ter diversas características peculiares nas respostas e habilidades dos pacientes para lidarem com os desafios desencadeados pela dor. Daí que a interpretação da dor pediátrica apresenta dificuldades de avaliação, comprometendo o diagnóstico, pois dificilmente a criança consegue manifestar o seu desconforto de forma que se possa compreender a sua extensão.

Depois de alguma reflexão sobre a temática envolvente, o presente estudo torna-se para nós de grande relevância, no sentido que pretende responder à seguinte questão: *Como avalia e intervém o enfermeiro a dor na criança hospitalizada?*

2. Objetivos de Estudo

Segundo Fortin, (1999) O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo. O objetivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

investigação a empreender, ou seja: denominar, descrever fatores, explorar ou examinar relações, prever, avaliar os efeitos. Os objetivos deste estudo são:

Objetivo geral:

- Caracterizar a atitude do enfermeiro perante a criança hospitalizada que convive com dor;

Objetivos específicos:

- Identificar como o enfermeiro avalia a dor da criança hospitalizada;
- Identificar os instrumentos mais utilizados pelo enfermeiro para avaliar a dor na criança;
- Identificar as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação da dor na criança hospitalizada;
- Identificar como o enfermeiro intervém na dor da criança hospitalizada.

3. Revisão da literatura

Segundo Fortin (1999) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.

Surge, então, o quadro de referência que tem a função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação. De forma geral, o quadro de referência é uma generalização abstrata que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e subconceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objeto de estudo (Fortin, 1999).

Neste capítulo é definido: dor na criança hospitalizada, que inclui a definição de dor, a sua neurofisiologia, o modo de expressão e comunicação da dor na criança, fatores que influenciam a dor, a relação entre o profissional de saúde e a criança e o papel que a família ocupa neste contexto. Sendo o foco de estudo o enfermeiro e tendo como problema de investigação, como avalia e intervém o enfermeiro na dor da criança

hospitalizada, neste capítulo é efetuado também uma revisão da avaliação da dor e as suas possíveis intervenções, assim como as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação e a intervenção na dor da criança hospitalizada.

i. A dor na criança hospitalizada

A dor é definida pelo Instituto Internacional do Estudo da Dor como uma experiência desagradável do ponto de vista sensorial e emocional, que é decorrente ou descrita em termos de lesões tecidulares. A sua caracterização permite, desde logo, apelar ao significado pessoal e à subjetividade da experiência de dor para o doente, e também ao seu carácter funcional, na medida em que constitui frequentemente um sinal de alerta de um perigo ou instabilidade do organismo. Se é indiscutível a importância da dor enquanto mecanismo protetor do indivíduo, também é certo que, por vezes, o quadro algico persiste para além dos tratamentos, ou da eliminação da causa inicial, deixando de cumprir um papel de manutenção da sobrevivência do indivíduo (Barber e Adrian cit. in Gomes, 2008).

Distingue-se dor crónica de dor aguda. Na sua maioria, os episódios de dor são agudos, ou seja, tratam-se de dores temporárias, que se resolvem por si próprias ou após um tratamento médico adequado. A dor crónica distingue-se desta pela regularidade e persistência dos episódios de dor, em geral durante mais de seis meses e, muito importante, não serve geralmente como função de alarme do organismo, ao contrário da dor aguda (Hanson e Gerber cit. in Gomes 2008).

A dor aguda está tipicamente associada à excitação comportamental e a uma resposta de stress que consiste num aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, do diâmetro pupilar e dos níveis plasmáticos de cortisol. Além disso, é frequente a contração dos músculos locais (Braunwald et al, 2002).

ii. Neurofisiologia da dor

A dor é uma sensação desagradável localizada em alguma parte do corpo. É descrita em termos de um processo penetrante ou destrutivo dos tecidos e/ou uma reação corporal ou emocional. Qualquer dor de intensidade moderada é acompanhada de ansiedade e do

impulso de escapar da sensação ou interrompe-la. Essas propriedades ilustram a dualidade da dor: ela é ao mesmo tempo sensação e emoção (Braunwald et al, 2002).

Um nervo periférico é composto por três tipos de neurónios diferentes: os aferentes primários sensoriais, neurónios motores e neurónios pós-ganglionares simpáticos (Batalha, 2003).

As fibras implicadas na condução de um estímulo nociceptivo ao sistema nervoso central são fibras A (α, β, δ e σ), B e C, para além de outras que se encontram nos nervos periféricos e com funções distintas da captação sensorial (Batalha, 2003).

Os aferentes primários podem ser subdivididos em dois grupos: fibras de grande diâmetro, mielinizadas $A\alpha$, $A\beta$ e B, que transportam sensações não dolorosas e que respondem de forma máxima ao menor estímulo, encontram-se basicamente na pele. Fibras mielinizadas de pequeno diâmetro, $A\delta$ e fibras C não mielinizadas, igualmente de pequeno diâmetro. Ambas transportam sensações dolorosas e respondem normalmente a estímulos intensos. Encontram-se, sobretudo, na pele e vísceras profundas. São os chamados recetores de dor. Estes recetores começam a ser formados por volta da 7ª semana de gestação e estão completamente formados à 30ª semana. Embora a mielinização das fibras $A\delta$ esteja à nascença incompleta, isto apenas contribui para diminuir a velocidade de condução dos impulsos dolorosos que por sua vez são compensados pelas curtas distâncias interaxionais na criança (Batalha, 2003).

As estimulações dolorosas podem ser mecânicas, térmicas e químicas, existindo vários tipos de recetores destes estímulos: polimodais (respondem a vários tipos de estímulos), mecanorreceptores de limiar alto (respondem ao toque, sons, contracções musculares), estando as fibras $A\delta$ especializadas na deteção de estímulos mecânicos, e as fibras C respondem a estímulos mecânicos, térmicos e à libertação de químicos pelos tecidos lesados ou inflamados (Batalha, 2003)

A estimulação dos nociceptores pode ser feita de uma forma: Direta ou primária, toda a lesão tecidual leva à depleção de potássio e à síntese de bradicina e prostaglandinas. Esta última potencia os efeitos do potássio, bradicina e outros mediadores inflamatórios levando à dor. Indireta ou secundária, resulta da reação inflamatória em que os nociceptores libertam substância P com ação reparadora dos tecidos (induz a vasodilatação, promove a desgranulação dos mastócitos, é quimioatraente para os

leucócitos e aumenta a produção e libertação de mediadores inflamatórios (histamina, serotonina, acetilcolina), que concomitantemente ativam os nociceptores (Pimentel e Fields e tal ci. In Batalha 2003).

Vias centrais de dor:

Os axónios dos nociceptores aferentes primários penetram na medula espinhal através da raiz dorsal e terminam no corpo dorsal da substancia cinzenta espinhal. As terminações dos axónios aferentes primários estabelecem contacto com neurónios medulares que transmitem o sinal de dor a áreas cerebrais envolvidas na perceção da dor. O axónio de cada aferente primário estabelece contacto com mais neurónios medulares, e cada um desses neurónios recebe impulsos convergentes de muitos aferentes primários (Braunwald et al, 2002).

Do ponto de vista clínico, a convergência de muitos impulsos sensitivos para um único neurónio medular transmissor da dor é de grande importância, uma vez que reforça o fenómeno da dor referida (Braunwald et al, 2002).

Vias ascendentes para a dor:

A maioria dos neurónios medulares com os quais os nociceptores aferentes primários fazem contacto envia os seus axónios para o tálamo contralateral. Esses axónios formam o trato espinotálamico contralateral, que se localiza na substancia branca antero-lateral da medula espinhal, na borda lateral do bulbo, na ponte lateral e no mesencefalo lateral. A via espinotálamica é de suma importância para a sensação da dor nos seres humanos. A interrupção dessa via provoca deficiências permanentes na discriminação da dor e da temperatura. Os axónios do trato espinotálamico conectam-se com os neurónios talâmicos, que se projetam para o córtex somatossensitivo. Essa via, que se estende desde a medula espinhal ao tálamo ate ao córtex somatossensitivo parece ser particularmente importante para os aspetos sensitivos da dor, isto é, a sua localização, a sua intensidade e a sua característica (Braunwald et al, 2002).

Moduladores da dor:

A dor provocada por lesões semelhantes varia sobremodo em diferentes situações e pessoas (Braunwald et al, 2002).

É de sublinhar o carácter essencialmente subjetivo da experiência da dor, distingue-se um componente sensorial de um outro emocional, e relaciona-se um estímulo nociceptivo corporal. Este estímulo nociceptivo segue por vias de condução próprias, diferentes das condutoras dos estímulos das outras modalidades sensoriais. Ao contrário destas, o estímulo nociceptivo percorre fibras sem mielina até à medula, e ascende, depois, ao tálamo, onde a informação é difundida para centros superiores, onde se destaca o sistema límbico. Não existe no córtex cerebral uma zona especializada para a dor (Gauvain-Piquard cit.in Salgueiro, 1996).

Não há uma relação monótona, constante, entre o estímulo nociceptivo e a experiência da dor: entre o estímulo e a dor intercalam-se diversos moduladores, uns internos, outros externos (Salgueiro, 1996).

Gauvain-Piquard (cit. in Salgueiro, 1996) distingue três níveis de modulação interna: ao *nível dos cornos posteriores da medula*, ao *nível de sistemas inibidores difusos*, e ao *nível do sistema nervoso central*

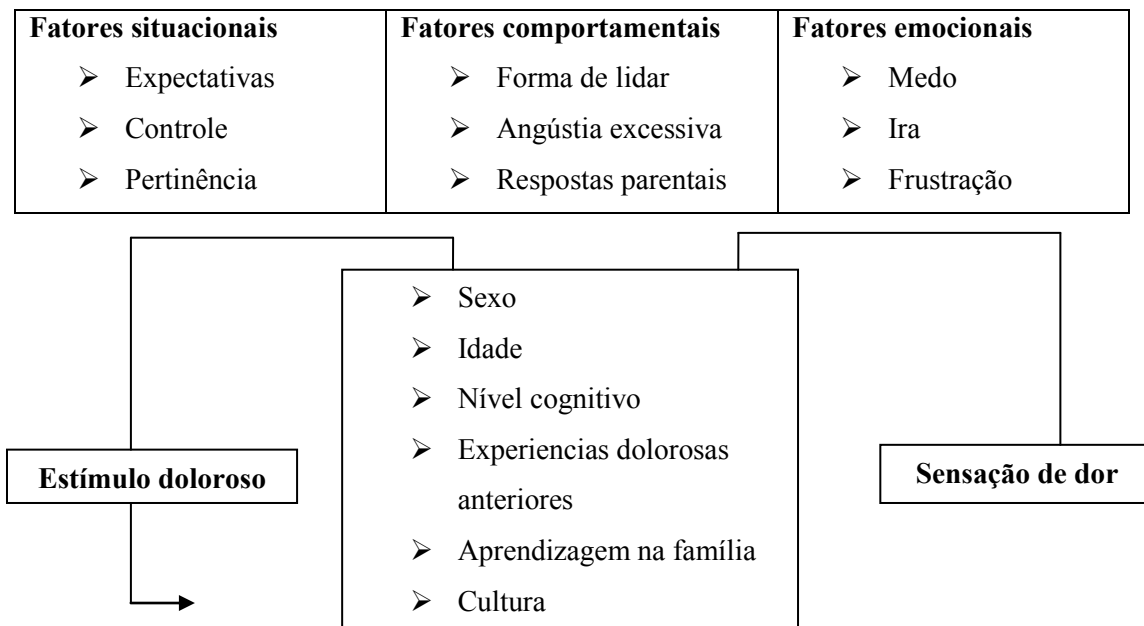
- Nos *cornos posteriores da medula*, as fibras mielínicas, espessas, do tato exercem um efeito inibitório sobre os estímulos nociceptivos trazidos pelas fibras amielínicas, Tal facto explicaria o efeito anti-álgico que pode ter uma massagem cutânea.
- Quando emerge a dor, os *sistemas inibitórios difusos* atuam sobre todas as modalidades sensoriais, incluindo a dolorosa. Assim se poderia colocar o efeito suavizador que a distração pode ter na modulação da dor.
- Por ultimo, e ao *nível do sistema central*, seriam as endofinas a mediatizaram a sua capacidade anti-álgica. A presença, a proximidade de um familiar amado, poderia induzir uma atenuação na dor de uma criança, através deste terceiro nível de funcionamento do sistema nervoso.

É difícil distinguir os moduladores internos dos moduladores externos da dor, uns necessitando dos outros para atingirem a sua eficácia máxima, por exemplo, a mãe que faz festas na zona do “dói-dói” de uma criança, e procura distrai-la, está a auxiliar, positivamente, os três níveis anti-álgicos (Salgueiro, 1996).

iii. Fatores que influenciam a dor

A experiência de dor na criança é influenciada e modificada por fatores que não devem ser ignorados pelos enfermeiros. Estes fatores incluem componentes experienciais, comportamentais, emocionais, físicos e contextuais. McGrath (cit. in Batalha, 2003) propõe um modelo de fatores internos e externos afetam a experiência dolorosa da criança, como ilustra a figura 1.

Figura 1 – Modelo dos fatores situacionais, comportamentais e emocionais que afetam a dor na criança.



Fonte: Batalha, L. (2003). *Os enfermeiros e a dor na criança*, Associação Portuguesa para o estudo da dor, volume 11, Nº1, p. 37.

São inúmeros os fatores que podem influenciar a percepção da sensação da dolorosa. A criança deve ser vista como inserida num contexto particular e único, em que fatores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial), stress extrafamiliar (modelo disfuncional do papel da dor, excessiva atenção à dor, envolvimento da criança nos conflitos dos pais), expressão sintomática (frequência, intensidade, duração da dor), vulnerabilidade da criança (doença crónica, trauma agudo, inadaptação psicológica), mecanismos mediáticos (sensibilidade fisiológica, memória de dor, experiências anteriores, ansiedade), podem influenciar a sua percepção dolorosa positiva ou negativamente (Steven cit. in Batalha, 2003).

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Ao enfermeiro cabe o papel de identificar quais os fatores que afetam a percepção da dor na criança, saber em que sentido se faz essa influência, positivo ou negativo, e implementar intervenções terapêuticas para a prevenção e alívio da dor (Batalha, 2003).

A experiência dolorosa na criança resulta da interação de uma multiplicidade de fatores que influenciam a sensação de dor, desde o desencadeamento do impulso doloroso até à sua percepção e resposta a essa mesma dor (Atkinson LD e Murray ME cit. in Batalha, 2003).

Apesar de ainda haver pouca investigação, para alguns autores as influências étnicas e culturais modificam as reações à dor na criança. De igual modo, devemos estar atentos para o impacto que a cultura tem na percepção do enfermeiro sobre a dor da criança. Os profissionais de saúde são muitas vezes etnocêntricos, não tendo em conta estes fatores (Martinelli cit. in Batalha, 2003).

Os valores culturais veiculados pela sociedade como o sofrer em silêncio, “gente grande não deve chorar” ou “os homens não choram”, marcam e influenciam por toda a vida a resposta à dor e ilustram a influência dos valores culturais na experiência de dor (Du Gas cit. in Batalha, 2003).

Segundo Biscaia (cit. in Batalha, 2003) a dor é também influenciada pelo ambiente desde o período neonatal. As mães descrevem com frequência um choro mais inquieto do seu filho quando se sentem inseguras ou angustiadas. A noção de consolo também é notória quando a mãe acaricia o filho, pega-lhe e envolve-o no seu corpo.

Uma criança pode achar intolerável, no hospital, os tratamentos que suporta em casa. As experiências negativas anteriores do hospital, restrição das visitas, ausência dos pais ou o corte com o mundo exterior são exemplos que contribuem para essa situação. As alterações no ambiente como o isolamento, escuridão ou outras situações em que esteja presente o elemento de privação sensorial aumentam a ansiedade e a percepção de dor (Biscaia cit. in Batalha, 2003).

iv. Papel da Família

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, adotada em 1988 em Leiden na Holanda, que resume os direitos da criança hospitalizada: “Uma criança hospitalizada tem o direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”.

O hospital é um ambiente diferenciado para a criança e a sua família, onde as suas relações sociais são abaladas pela separação do seu ambiente costumeiro, a casa, a escola, os amigos. A presença de uma pessoa conhecida e com vínculos estabelecidos ameniza os possíveis sentimentos que emergem no período de hospitalização. Assim, ter um acompanhante não deve ser importante apenas porque está na lei, mas porque faz parte do cuidado à criança hospitalizada, como um pressuposto básico do cuidado dos enfermeiros (Dias, 2004).

A presença da família no mundo do hospital é fundamental para a preservação do mundo da criança. Os pais são o seu próprio referencial, significam afeto, o elo que une a criança e família. É relevante preservar esse sentimento, pois gera segurança emocional para a criança, o que significa manter os aspetos sadios de sua existência (Motta cit. in Dias, 2004).

A presença do familiar permite que a criança elabore com mais facilidade os seus sentimentos e emoções, controle suas ansiedades e seus medos, organizando melhor o seu mundo interior (Gonzaga e Arruda cit. in Dias, 2004).

Um aspeto importante que condiciona a relação entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada é a relação que o primeiro também desenvolve com a família da criança, dado que a doença infantil é não somente vivida pela criança mas também pela sua família, nomeadamente pais e irmãos (ver Anexo I, tabela nº 1 para constatar que cada vez mais as famílias tendem a cooperar com os profissionais de saúde, mas nem sempre aceitam as normas). Assim, é fundamental que todo e qualquer profissional de saúde disponha de um nível de conhecimentos científicos atuais que permitam explicar quer à criança que à sua família todo o tipo de dúvidas acerca da doença, do tratamento, das práticas profissionais bem como as possíveis consequências que as mesmas possam acarretar, com o objetivo de tranquilizar a criança e a família, mas também de modo a diminuir a ansiedade que é manifestada por ambos. O profissional de saúde como fonte

fidedigna da informação manifesta assim características de interlocutor, conselheiro e surge como um apoio do doente e da família em relação à adaptação ao tratamento (Santos, 2005).

Todos estes processos contribuem para que o profissional de saúde consiga estabelecer uma relação de confiança com a criança e com a sua família, contribuindo deste modo para o aumento da competência dos pais de forma que estes se sintam mais satisfeitos no seu papel de pais e, sejam vistos pela criança como os principais prestadores dos cuidados de saúde a ela (conferir Anexo I, tabela nº 2 para constatar que a presença dos pais durante o internamento tende a diminuir agressividade e a irritabilidade da criança) (Santos, 2005).

v. Modo de expressão e comunicação da dor na criança

As diferentes teorias do desenvolvimento tem contribuído para o universo das capacidades e necessidades da criança sejam compreendidas e aceites por todos aqueles que se ocupam do seu bem-estar e desejam proporcionar-lhes as condições favoráveis para o seu desenvolvimento (Batalha, 2003).

Warni descreve a dor como um complexo fenómeno de desenvolvimento cognitivo, o que realça bem o quanto este aspeto, na dor pediátrica, merece por parte do enfermeiro uma atenção particular (Warni cit. in Batalha, 2003).

A forma como a criança compreende a dor assemelha-se à sua compreensão da doença em geral. Com o crescimento e desenvolvimento evoluem as suas habilidades e compreendem mais sobre elas próprias, o que tem implicações na sua forma de lidar com a dor. À medida que progride o desenvolvimento da criança, aumentam as capacidades e habilidades, fator importante a considerar pelo enfermeiro quando á criança a sua dor, doença e procedimentos que são necessários ao seu tratamento (Batalha, 2003).

Segundo o autor Batalha (2003) o desenvolvimento cognitivo das crianças nem sempre condiz com a sua idade cronológica, pelo que é importante considerar este aspeto quando falamos com a criança.

É diferente o modo de expressão da dor na criança pequena, ainda sem linguagem, ou com escassa linguagem verbal, do modo de expressão na criança mais velha, a partir dos cinco ou seis anos de idade, que possui outras capacidades de elaboração mental, e de domínio da linguagem (Salgueiro, 1996).

Gauvain-Piquard (cit. in Salgueiro, 1996) distingue três modos de expressão da dor na criança mais pequena: *reações emocionais específicas*, *sinais diretos da dor* e *alterações psicomotoras*.

- Nas *reações emocionais específicas* inclui a comunicação não-verbal do sofrimento, através do choro ou da agitação, as manifestações neurovegetativas, como a taquicardia, a polipneia e sudorese, e as perturbações metabólicas, como a hiperglicémia e o aumento do catabolismo proteico.
- Nos *sinais diretos da dor*, sublinha, sobretudo, a adoção de posições anti-álgicas persistentes pela criança, que assim procura proteger a zona dolorosa: coloca-se em posturas inabituais, e evita ou resiste a todas as movimentações que possam exacerbar a dor. Procura tocar, ainda, com gestos repetidos, na zona dolorosa, o que pode observar-se, precocemente, em dores nos membros, nalguns casos a partir das três semanas de idade.
- Por fim, sobretudo, nas dores prolongadas ou difusas, encontram-se *alterações psicomotoras*, onde domina uma atonia. Guavain-Piquard (cit in Batalha, 2003) sublinha ser esta atonia psicomotora induzida pela dor na criança pequena, uma categoria semiológica pouco conhecida, que sugere uma sintomatologia depressiva. A criança está imóvel, sobretudo no tronco e nas grandes articulações dos membros, os escassos gestos são lentos, segmentares, precedidos por uma latência, e sem mostrarem cor afetiva. Desapareceu o prazer de funcionamento da criança: o rosto mostra-se inexpressivo, por vezes um pouco triste, e nada parece interessar a criança, que não explora o que o rodeia, não brinca e não desvia o olhar. Há uma correlação entre os sinais diretos da dor, acima mencionados, e esta atonia psicomotora, que melhora particularmente com anti-álgicos

A dor e sofrimento da criança pequena põem em questão o sentimento de competência parental, desencadeando sentimentos de desânimo, de desespero, de hostilidade,

alternando com culpabilidade, por vezes de desistência. Tais sentimentos podem também ser partilhados pelos membros das equipas de cuidados, com óbvio risco para a qualidade das intervenções (Batalha, 2003).

Enquanto a dor na criança mais pequena se revela, sobretudo, por alterações expressivas do corpo, na criança mais velha, a partir dos cinco, seis anos de idade, o componente psíquico torna-se mais visível (Batalha, 2003).

Segundo Batalha (2003) a vida afetiva, cognitiva e social, a vida imaginativa e de fantasia da criança alargam-se e aprofundaram-se, e a dor é rapidamente inserida em redes fantasmáticas centradas na angústia. A criança sente-se perplexa e injustiçada pelo que se passa no seu próprio corpo, que se tornou num desconhecido suspeito ou, mesmo, num inimigo. A perplexidade e a angústia aumentam ao ver que os próprios pais não a conseguem libertar instantaneamente da dor, como magicamente esperaria. Perseguida pelo corpo, «abandonada» pelos pais, excluída do mundo dos sem-dor, emerge, na criança, uma hostilidade confusa, roçando o desespero, e vão nela tomando forma poderosos sentimentos de culpa, sobretudo se a dor se arrasta.

A culpa angustiada reforça a dor, e conduz a fantasma de morte, de destruição interna ou de incapacitação total, independentemente da gravidade real da situação. A criança procura, então, construir uma teoria pessoal sobre o modo como maldades suas, reais ou imaginárias, poderão ter conduzido a este «estado de desgraça». A coerência interna da teoria construída, a compreensibilidade subjetiva que ela possa trazer à situação, ajudam a torná-la mais suportável para a criança, e a diminuir a sua angústia (Batalha, 2003).

Se a criança for capaz de falar na sua teoria a um adulto acolhedor, sentir-se-á, em regra, mais aliviada e, até, desculpabilizada. Daqui a importância de manter elos abertos de comunicação pela palavra com a criança invadida pela dor, em qualquer plano global de ajuda (Batalha, 2003).

vi. Relação entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada

Segundo Dias (2004), cuidar da criança hospitalizada é complexo e demanda sensibilidade para estar aberto aos acontecimentos de uma unidade pediátrica, que

envolvem as relações e inter-relações das famílias, equipas e crianças, considerando-se suas peculiaridades e momentos do desenvolvimento e crescimento humano.

A prática hoje tenta atingir um equilíbrio entre o conhecimento empírico e o humanizado. Crossetti (cit. in Dias, 2004) enfatiza a inter-relação entre o cuidador e o ser cuidado, e afirma que o cuidado de enfermagem não rejeita o conhecimento empírico, mas associa a ele a valorização do mundo do cuidar, as relações do ambiente, o cuidado criativo e intuitivo. O cuidado autêntico propicia o equilíbrio entre a ciência, o cuidado do outro e o cuidado do eu.

Os profissionais de saúde envolvidos sobretudo com crianças hospitalizadas, alguns tendem ou tentam mesmo ficar indiferentes à dor da criança com receio de mostrar sentimentos de tristeza, pena, piedade mas, tal não deve acontecer, muito pelo contrário, uma vez que a expressão desses mesmos sentimentos por parte do profissional de saúde em causa não são mais do que a demonstração de sentimentos de compreensão quer pelo sofrimento da criança quer pela angústia dos pais, sem contudo se envolverem demasiado sob pena de não conseguirem executar as suas tarefas profissionais e atingirem um envolvimento emocional extremamente elevado (Marcus et al, 2004).

No tratamento da dor da criança hospitalizada é fundamental que os variados profissionais de saúde estejam em constante comunicação e se reúnam periodicamente para trocar informações relativas ao doente ao longo do tempo, sendo portanto, imprescindível uma correta articulação com uma equipa multidisciplinar (Santos, 2005).

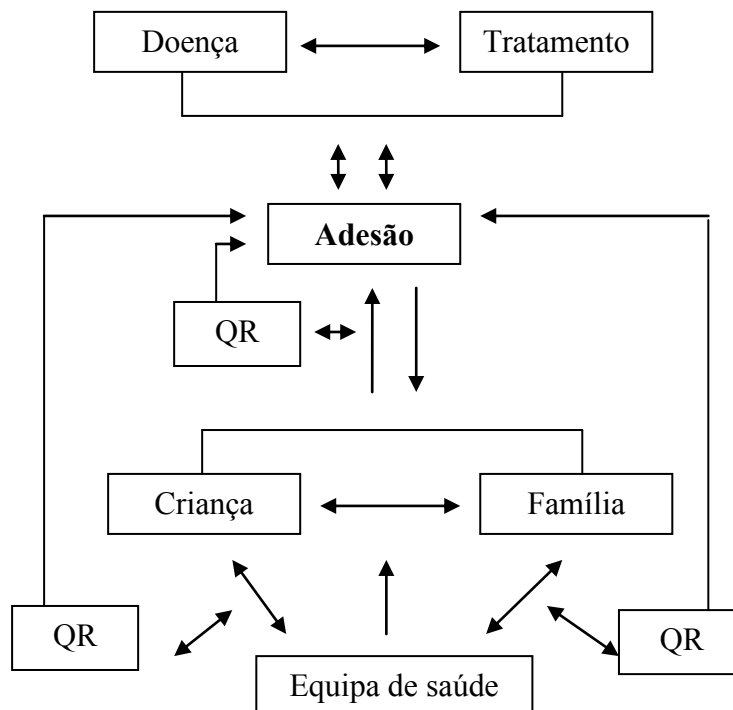
No que respeita à relação entre os profissionais de saúde e a criança hospitalizada esta deve ser espontânea e deve ser estável ao longo de todo o processo de tratamento, de modo que a criança sinta confiança no profissional de saúde. Assim, este deve aceitar que sempre que a criança afirma sentir dor, esta deve ser tida como algo que efetivamente existe, embora por vezes tal facto seja extremamente complicado porque nós, enquanto profissionais de saúde preferimos lidar com sintomas que possam efetivamente ser detetados e medidos, contudo, devemos sempre lembrarmo-nos que a dor não é palpável e, devemos ter sempre o cuidado de perguntar à criança em que medida a dor a incomoda. Por seu lado, o profissional de saúde deve registar sempre a dor de modo a otimizar a terapêutica transmitindo segurança à equipa prestadora de

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

cuidados de saúde melhorando, a qualidade dos utentes, especialmente quando se trata de crianças hospitalizadas (Marcus, et al 2004).

A adesão ao tratamento é tanto maior quanto melhor for a relação que a criança tem com a sua família e, que simultaneamente é necessário que a própria equipa de saúde desenvolva uma ótima relação quer com a criança quer com a família desta para que haja uma excelente adesão ao tratamento, ilustrado na figura 2 (Santos, 2005).

Figura 2 – Representação esquemática das relações



Q.R. (Qualidade de Relação)

Fonte: Santos, M. (2005). Adesão em Pediatria - Do Modelo Biomédico ao Modelo Transacional: Contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, nº 002, p. 150

Importa ainda referir que a relação entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada é tanto mais forte quanto maior é o conhecimento dos fatores que influenciam o tratamento da doença, bem como o modo como a criança encara a sua doença, ou seja, o profissional de saúde enquanto contacta com a criança deve saber o tipo e a gravidade da doença, o grau de disfuncionalidade que a mesma implica, o tempo que demora até o tratamento revelar resultados positivos, a tendência de rejeição ao tratamento, as alterações que vão surgir no quotidiano da criança, entre outras; no que respeita aos determinantes do doente o profissional de saúde deve compreender qual o desenvolvimento cognitivo da criança, perceber como ela se relaciona com os outros

(relativamente à família e à sociedade em geral), o seu comportamento e a sua perceção perante uma nova realidade (Santos, 2005).

De um modo geral, é necessária uma relação mútua para que a qualidade do tratamento prestado à criança seja o melhor, sendo fundamental o trabalho em equipa dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente a complementaridade de conhecimentos entre eles, a comunicação (quer entre os profissionais de saúde, quer entre estes e a criança e a sua família, quer entre a criança e a sua família), o respeito mútuo que se deve sentir durante todo o tratamento da criança, bem como alguma flexibilidade, nomeadamente pela criança e pelos seus pais como processo de adaptação ao tratamento e evolução da doença (Santos, 2005).

Como podemos constatar, é necessário que para além dos profissionais de saúde, independentemente da sua área de intervenção, precisarem de uma ampla gama de conhecimentos teóricos e técnicos é fundamental que estes possuam uma formação orientada não somente para os aspetos fisiológicos da doença, mas também para o conhecimento da criança enquanto doente como um elemento ativo no processo do tratamento (Santos, 2005).

4. Gestão da dor da criança hospitalizada pelo enfermeiro

A dor na criança pode ser difícil de reconhecer. As crianças podem não ter a capacidade cognitiva ou vocabulário de se relacionar ou descrever a sua dor de forma que os seus cuidadores entendam facilmente. As crianças usam muitas estratégias para lidarem com a dor, incluído brincar e dormir, o que pode levar o observador a avaliar erradamente a dor da criança (International Association For The Study Of Pain, 2005).

Na maioria a dor pode ser prevenida, tratada ou pelo menos reduzida utilizando técnicas de baixo custo farmacológico, psicológicos e físicos. No entanto, segundo a International Association For The Study Of Pain (2005), mesmo nos países desenvolvidos existe uma deficiência na gestão da dor das crianças, e é certo que a maioria das crianças recebem cuidados inadequados para o alívio da dor.

Em meio hospitalar, cabe à equipa de enfermagem a tomada de decisão que precede a administração de medicação analgésica, anteriormente prescrita pelo médico com a

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

condição de ser efetuada em caso de necessidade, entretanto, muitos enfermeiros apresentam deficiências de conhecimento da dose, vias e esquemas de administração e efeitos colaterais dos analgésicos opiáceos e superestimam o risco de tolerância e dependência psicológica, levando á administração de analgésicos em doses muito menores que as possíveis (Jaques, et al, 2007).

O enfermeiro deve participar de forma ativa no tratamento, garantindo a oferta analgésica e de forma adequada, deve ser capaz de prever um evento doloroso durante a realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, para poder programar medidas para minimizar ou prevenir a ocorrência de dor (Jaques, et al, 2007).

Em crianças e adolescentes utiliza-se, além da terapia farmacológica, a arte, mediação da leitura, música, atividades recreativas, adequação da estrutura física, a conversa, a escuta, o acolhimento e o atendimento a preferências alimentares, sendo que essas estratégias, além de favorecer o alívio da tensão da hospitalização, funcionam como artificios que auxiliam os profissionais nos momentos da realização de procedimentos dolorosos (Jaques, et al, 2006).

Para os recém-nascidos há alguns métodos que auxiliam no alívio da dor, atuando como tranquilizadores, como, a sucção não nutritiva, uso de glicose oral, posição de canguru, intervenções no meio ambiente, reduzindo os ruídos e mudanças de condutas e rotinas, reduzindo a manipulação do recém-nascido (Jaques, et al 2006).

vii. Avaliação da dor

Um dos avanços mais importantes no estudo e tratamento da dor tem sido o conhecimento adquirido na forma de a medir e avaliar. Saber quantificar a dor na criança é o primeiro passo para o seu correto tratamento. Uma das causas apontadas para o sub-tratamento da dor pediátrica tem sido a dificuldade com que os profissionais de saúde pediátricos se deparam na avaliação da dor experienciada pela criança (Price cit. in Batalha, 2003).

Segundo Price, (cit. in Batalha, 2003) é importante compreender a diferença entre avaliar e medir a dor. A avaliação vai para além da medição. Avaliar a dor implica descobrir a natureza e significado da experiencia dolorosa (tipo de estímulos, respostas

fisiológicas, comportamentais e emocionais à dor, fatores ambientais e situacionais, o que nos é dito pela criança e pais, etc.) A medição é a descrição quantificada da dor através de uma escala relacionada com a sua intensidade e consequentes respostas comportamentais sem considerar outros fatores da experiência dolorosa.

A complexidade do fenómeno dor é um obstáculo à sua avaliação em pediatria (Burr cit. in Batalha, 2003). Analisando a definição de dor é possível verificar a dificuldade em medi-la, devido à sua natureza subjetiva e ao seu carácter multidimensional. Trata-se de objetivar um fenómeno fundamentalmente subjetivo, sujeito a uma grande variabilidade individual, na qual a própria pessoa é o seu melhor avaliador (Zúniga cit. in Batalha 2003). A tudo isto, acresce uma dificuldade suplementar em pediatria, que está aliada ao desenvolvimento psicomotor, intelectual e afetivo que se traduz em alguma incapacidade da criança em comunicar a sua dor (Fournier-Charrière cit. in Batalha, 2003).

Segundo Rundshagen, e tal (cit. in Batalha, 2003) ao estudar as avaliações de dor feitas pelos doentes e enfermeiros, encontraram discrepâncias importantes. Os enfermeiros subestimavam a dor em relação aos doentes.

Os autores Jacob e Puntillo (cit. in Batalha, 2003), apuraram que os enfermeiros pediátricos acreditavam que a avaliação da dor era uma atividade fundamental para o alívio eficaz da dor, mas na prática não o faziam.

A avaliação da dor pediátrica é uma atividade contínua de observação, entrevista, exame, medição e teste, em que os cuidados planeados após uma avaliação da dor devem possuir objetivos mensuráveis de modo a que a intervenção do enfermeiro possa ser adequadamente avaliada (Price cit. in Batalha, 2003).

Um dos princípios fundamentais em todos os aspetos da enfermagem pediátrica é uma correta apreciação do desenvolvimento físico, intelectual, fisiológico e psicológico da criança em cada um dos seus estádios de desenvolvimento, assim como o conhecimento da forma como é afetada pela experiência dolorosa. Para além dos pais, elementos preciosos para um conhecimento profundo da criança, a observação é um instrumento privilegiado em pediatria de valor crescente (quanto menor a idade da criança e/ou impossibilidade de comunicação verbal) (Whaley cit. in Batalha, 2003).

As alterações de comportamento na criança podem ir da irritabilidade à letargia, da insônia à sonolência, da agitação à prostração, passando pela rigidez corporal, alterações do padrão do sono e alimentação são sinais decisivos, se bem que indefinidos, que os enfermeiros devem estar habilitados a interpretar (Price cit. in Batalha 2003). A expressão facial (franzir a testa, fazer caretas, cerrar os dentes), a linguagem corporal e as relações estabelecidas, se bem que não quantifiquem diretamente a dor, proporcionam dados objetivos extremamente úteis (Whaley cit. in Batalha, 2003).

As variações nas respostas fisiológicas à dor, como sudorese, alterações nos sinais vitais, agitação e midríase são úteis em procedimentos de curta duração que provoquem dor aguda. Contudo, no caso de dores cirúrgicas e doenças, ocorre rapidamente a adaptação fisiológica e estas alterações deixam de existir (Beyer cit. in Batalha, 2003). A dor ao ser avaliada pelas respostas fisiológicas e comportamentais, pode-se revelar numa atitude irresponsável por parte do enfermeiro, uma vez que a criança que não manifeste esses sinais exteriores de dor não significa que não esteja a sofrer (mecanismo de adaptação à dor crónica) (Alkinson cit. in Batalha, 2003).

Antigamente, acreditava-se que as crianças não fossem capazes de quantificar fenómenos abstratos como a intensidade da dor. Todavia, as investigações têm apurado que são capazes de revelar os vários níveis do seu sofrimento, na medida em que lhe seja proporcionado um instrumento adequado à sua execução (Beyer cit. in Batalha, 2003).

Muitos destes instrumentos assemelham-se a brinquedos ou jogos, mas constituem uma tentativa séria e importante de medir essa complexa estrutura, subjetiva e ilusória, em pessoas imaturas. Os instrumentos que permitem o auto-relato são os melhores indicadores da experiência subjetiva da criança. Quando cuidadosamente ensinadas a usar estes instrumentos elas descrevem os vários níveis e características do seu desconforto. Os instrumentos de medição devem acomodar os níveis de desenvolvimento da criança (Ibáñez cit. in Batalha, 2003).

É importante realçar que uma criança pode negar a existência de dor, se o profissional de saúde lhe for estranho, se julga que esperam que ele seja corajoso, se tiver medo, ou se pensar que pode vir a levar injeções para tratar a dor (Burr cit. in Batalha, 2003).

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Crianças com menos de 7-8 anos de idade apresentam limitações na sua capacidade de caracterização verbal da dor. No entanto, quando solicitadas a darem detalhes acerca das suas experiências dolorosas, as crianças são capazes de fazê-lo, descrevendo e explicando o que precisavam para a aliviar (Beyer cit. in Batalha, 2003). Crianças com menos de 5 anos podem dar informações úteis quanto à existência ou não de dor, não conseguindo contudo quantificá-la (Gomes cit.in Batalha, 2003).

A avaliação da dor em lactentes é necessariamente indireta (Beyer cit. in Batalha, 2003). Usam-se parâmetros comportamentais, como o choro, gritos, expressão facial, movimentos corporais, resposta a estímulos, comportamento em geral e fisiológicos como o pulso, respiração, tensão arterial, entre outros (Fournier-Charrière cit.in Batalha, 2003).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2010), recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos (Anexo II):

Recém-nascidos:

- EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

Menores de 4 anos, ou crianças sem capacidade para verbalizar:

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

Entre 4 e 6 anos:

- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.

A partir de 6 anos:

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

- EVA (Escala Visual Analógica);
- EN (Escala Numérica);
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- Escala de faces de Wong-Baker.

É importante referir que os adolescentes doentes podem regredir no seu desenvolvimento, pelo que é necessário uma adaptação constante dos instrumentos a usar com as suas habilidades cognitivas, da mesma forma que se faz para as crianças mais pequenas (Batalha, 2003), (Anexo III).

Criança com multideficiência:

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

Segundo a Direção Geral da Saúde (2010), considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10, correspondente a dor ligeira.

A utilização destes e outros instrumentos permite aos enfermeiros planear e avaliar a eficácia das suas intervenções no alívio da dor, reduzir a influência de opiniões, crenças e saberes e práticas de alguns profissionais nessa mesma avaliação, e permitir às crianças tornarem-se as peritas na avaliação da sua própria dor. Contudo, os enfermeiros precisam de desenvolver estratégias e perícia no campo da seleção dos instrumentos mais indicados, feita em função duma multiplicidade de fatores. Só assim se conseguirá a definição de objetivos mensuráveis e a implementação de um plano de cuidados pertinente e adequado (Price cit.in Batalha, 2003).

viii. Intervenção na dor

A administração analgésica não consiste, necessariamente, na única forma terapêutica para o controle da dor, podendo-se desenvolver estratégias associadas que potenciam a eficácia da intervenção. O controlo da dor é mais efetivo quando envolve intervenções múltiplas, que atuam nos diversos componentes da dor (Jaques, et al, 2007).

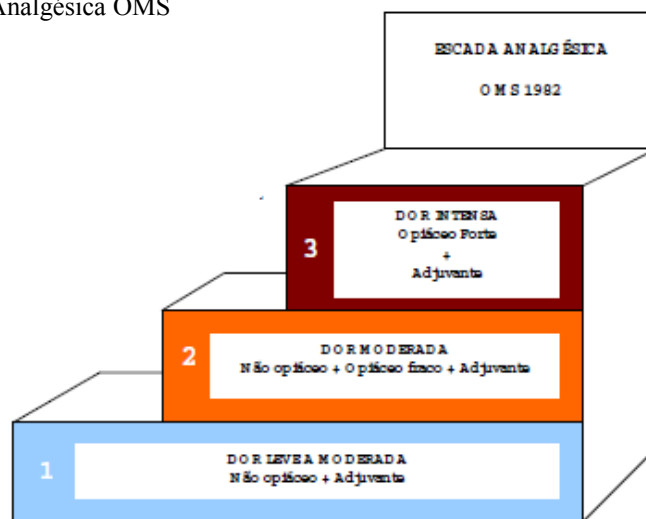
Intervenções não farmacológicas para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, são em

sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e aos seus cuidadores, estimulando o autocuidado, no entanto cabe aos enfermeiros a escolha das intervenções que melhor atendam as necessidades dos pacientes (Jaques, et al, 2007).

ix. Medidas farmacológicas

Em 1982, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um esquema de abordagem farmacológica da dor pediátrica de forma progressiva e associada a terapêutica sedativa adjuvante (Rodrigues cit in Batalha 2003).

Figura 3 – Escala Analgésica OMS



Fonte: Ministério da Saúde (2001). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro. p. 22

Segundo esta escala, para pacientes com dor leve a moderada, o primeiro degrau é usar analgésicos não opióides, com adição de um fármaco adjuvante, conforme a necessidade. Se o analgésico não opióide, dado na dose e frequência recomendada não alivia a dor, passa-se para o segundo degrau, onde se adiciona um opióide fraco. Se a combinação do opióide fraco com o não opióide também não for efetiva no alívio da dor, substitui-se o opióide fraco por um forte.

Apesar do espectro de medicamentos utilizados no alívio da dor ser bastante amplo, normalmente são utilizados os analgésicos, mas também os anestésicos, anti convulsivantes, diuréticos, corticoides, EMLA, etc. (Batalha, 2003).

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Existem dois tipos de analgésicos no tratamento da dor: os analgésicos não opiáceos e os opiáceos ou narcóticos.

Segundo Batalha (2003), a analgesia não opiácea usa-se isoladamente ou em associação com outros fármacos para potenciação dos seus efeitos e constituem a primeira linha no combate a dor. Fazem parte deste grupo: o paracetamol e ácido acetilsalicílico, cuja ação ainda não é perfeitamente conhecida, e os analgésicos anti- inflamatórios não esteroides, como o ibuprofeno. Atuam, essencialmente, por diminuição da síntese de prostaglandinas a nível do local de agressão sistêmica. O uso deve ser feito de uma forma regular para evitar o reaparecimento da dor, e doses superiores às recomendadas não têm um efeito analgésico maior.

Os analgésicos opiáceos fracos como o tramadol e codeína constituem a segunda linha de combate à dor, associados ou não aos não opiáceos (Batalha, 2003).

Dos analgésicos opiáceos fortes fazem parte várias drogas, tais como a morfina. Esta estimula os recetores opiáceos distribuídos por todo o sistema nervoso central (SNC) e tecidos periféricos, e os seus efeitos centrais mais importantes são a analgesia, sedação, depressão respiratória e a dependência (Batalha, 2003).

Figura 4. Analgésicos não opiáceos, opiáceos fracos e fortes.

SUMÁRIO			
DEGRAU	CATEGORIA	PROTÓTIPO	SUBSTITUTOS
1	Não opiáceo	AAS®	AINES / Paracetamol
2	Opiáceo Fraco	Codeína	Tramadol
3	Opiáceo forte	Morfina	Metadona /Fentanil/Oxibodona

Fonte: Ministério da Saúde (2001). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro. p. 22

Segundo Alves cit. in Batalha (2003) existem diversos mitos que limitam a utilização dos opióides nas crianças:

O primeiro refere-se à crença de que as crianças metabolizam a morfina de forma distinta dos adultos, estando por isso mais sensíveis aos seus efeitos depressores. Na realidade, esta afirmação é verdadeira nos recém-nascidos, mas a partir do mês de idade a sua eliminação é igual à do adulto;

O segundo mito refere-se à capacidade da morfina desencadear dependência. Excetuando o seu uso não médico, em doses superiores às necessárias e em dores não sensíveis à morfina, tal suposição não tem nenhuma base racional, nem existem dados que o justifiquem;

O terceiro mito diz respeito à depressão respiratória. Aos seis meses os lactentes não são mais suscetíveis que os adultos. Está provado que a existência de dor inibe o aparecimento da depressão respiratória. Acresce, que um doente com depressão respiratória desencadeada por um opiáceo apresenta bradipneia, mas com movimentos amplos, profundos e muito eficazes. É de salientar que os profissionais de saúde devem-se lembrar que a naloxona é um medicamento que se encontra disponível e reverte este efeito dos opióides.

De facto nas crianças com menos de três meses parecem existir algumas diferenças no desenvolvimento dos recetores opióides e de diferentes capacidades de modelação da transmissão dolorosa; o nível de proteínas plasmáticas é mais baixo, de que resulta uma maior quantidade de opióides livre que atravessa a barreira hematoencefálica; por sua vez, esta apresenta uma maior permeabilidade; o sistema enzimático é ainda imaturo o que pode aumentar a semivida dos opióides e grande variabilidade de resposta aos opióides. Todavia, após os 3 meses de idade não existem mais riscos que nos adultos (Alves, cit. in Batalha, 2003).

Segundo o mesmo autor o leite materno e a administração oral de sacarose reduz a dor associada a procedimentos dolorosos, embora só por si não sejam suficientes para aliviar a dor moderada a forte (Alves, cit. in Batalha, 2003).

O tratamento farmacológico da dor pediátrica envolve princípios importantes a ter em conta:

- **Administração dos medicamentos a horas fixas:** evita a dor, menores doses terapêuticas para o seu posterior alívio, menor tolerância aos analgésicos e naturalmente menos efeitos colaterais;
- **A dose dos analgésicos deve ser determinada de acordo com as necessidades individuais:** a posologia a usar na administração dos analgésicos é aquela que alivia eficazmente a dor sem produzir efeitos secundários;
- **A utilização da via oral é preferível:** é indolor e de fácil administração;

- **A insónia deve ser rigorosamente tratada:** a pessoa que não dorme está mais vulnerável à dor;
- **A criança deve ser continuamente avaliada:** é em função de uma contínua avaliação da resposta terapêutica que se fazem os reajustamentos nas doses, seleção dos fármacos, vias alternativas de administração e outras ações para o alívio da dor.

x. Medidas não farmacológicas

Segundo a American Medical Association (2010), as abordagens não farmacológicas para o tratamento da dor em crianças incluem estratégias psicológicas, educação e apoio aos pais. Para crianças submetidas a procedimentos dolorosos repetidos, as intervenções cognitivo-comportamentais, que diminuem a ansiedade e a angústia, pode ser bastante eficaz.

A escolha da técnica eficaz deve considerar o tipo de dor (aguda, recorrente ou crónica), o contexto de dor (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), assim como características da dor (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva). (Linhares, et al. 2010).

As intervenções não farmacológicas utilizadas mais frequentemente com crianças podem-se agrupar em quatro grupos (Batalha, 2003):

- **Comunicação eficaz**

A comunicação na enfermagem pediátrica é o fundamento da relação enfermeiro-criança e pais, sendo um dos indicadores mais importantes na avaliação dos cuidados de enfermagem e prioritária para a prevenção eficaz da dor. Esta relação envolve não só o conhecimento da criança, mas o preocupar-se com ela, transmitir-lhe segurança, toda uma prática de perguntar, acreditar, aceitar, explicar e ensiná-la, por forma a desenvolver a sua autoestima e confiança (Ferrão RM. cit in Batalha, 2003).

De acordo com Santos e Valente (cit. in Batalha, 2003), podem ser diferenciados três tipos de comunicação:

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

- *Funcional*: Resulta da convivência diária entre profissionais de saúde, criança e família, em que se desenvolve uma relação de confiança e afeto.
- *Pedagógica*: fornece à criança e família toda a informação relativa à sua situação de saúde.
- *Terapêutica*: visa conduzir criança e família para a autonomia.

A comunicação envolve o respeito pela individualidade da pessoa, a confiança mútua, empatia e escuta, sendo habilidades fundamentais para compreender o fenómeno da dor. O enfermeiro deve estar habilitado a criar a relação de confiança, empatia, escuta, respeito pelas opções da criança e família, informar com honestidade e ensinar técnicas de alívio da dor e a uma presença de qualidade dos pais quando o seu filho é sujeito a procedimentos dolorosos (Batalha, 2003).

• Distração

A distração consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa. O tronco cerebral, ao ser inundado de estímulos sensitivos agradáveis, diminui a percepção aos estímulos dolorosos - *princípio da inundação sensorial* (Raiman J. cit in Batalha, 2003).

Segundo Linhares, et al.(2010), as técnicas de distração podem ser: ler, ouvir histórias e jogar.

O alívio da dor aumenta na proporção direta da participação ativa da criança. Assim, as técnicas de distração são uteis na dor ligeira a moderada, embora eficazes na dor grave uma vez que o estímulo doloroso impede o desvio da concentração da criança para outras ações. Brincar é um dos aspetos mais importantes na vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para diminuir a ansiedade (Ferrão RM. cit in Batalha, 2003).

A distração pode servir não apenas para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação (Batalha, 2003).

• Relaxamento

O relaxamento atua no equilíbrio do organismo. Entre as técnicas temos o relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento de schultz. Estas técnicas estão relacionadas à

interação existente entre dor, tensão muscular e ansiedade, porque um doente com dor geralmente apresenta sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, principalmente da tensão muscular, melhorando o quadro doloroso, pois a contração muscular contribui para a exacerbação da dor, atuando nas terminações nervosas. (Jaques, et al. 2006).

Para os recém-nascidos há alguns métodos que auxiliam no alívio da dor, atuando como relaxadores e tranquilizadores, como, a sucção não-nutritiva, uso de glicose oral, posição canguru, intervenções no meio ambiente, reduzindo os ruídos e mudanças de condutas e rotinas, reduzindo a manipulação do recém-nascido (Jaques, et al. 2006).

Independentemente da técnica utilizada, o relaxamento diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigênio, baixa a frequência cardíaca e respiratória, a hipertensão arterial nos hipertensos e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar. Por estas razões, o relaxamento está indicado na dor aguda, nos espasmos musculares, ansiedade, insónias e dor crônica ligeira ou moderada, uma vez que diminui a fadiga, melhora o sono, desvia a atenção da dor e torna a criança mais autônoma para enfrentar, acreditando nas suas potencialidades (Pimentel JC. cit in. Batalha, 2003).

- **Estimulação cutânea**

A estimulação cutânea promove o alívio da dor por promover relaxamento fisiológico, ativação de mecanismos inibitórios da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos (Jaques, et al. 2006).

Uma das técnicas da estimulação cutânea é a massagem, uma intervenção de enfermagem holística, que promove sensação de bem-estar psicológico e conseqüentemente o alívio da dor, principalmente em doente oncológicos (Jaques, et al. 2006).

O calor é outra técnica utilizada que consiste na sua aplicação na zona de dor promovendo a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica e muito útil nas dores musculares (Pimentel JC. cit in. Batalha, 2003).

O frio tem um efeito contrário ao do calor, diminui a circulação periférica, o que favorece a redução do edema ou o seu aparecimento, aliviando a pressão exercida nas

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

terminações nervosas. Por outro lado, o frio retarda a transmissão dos impulsos nervosos ao nível dos recetores, o que favorece o alívio da dor (Du Gas BV. cit in Batalha, 2003).

O toque apesar de não ser perfeitamente conhecidas as razões do seu sucesso, pode e deve ser usada concomitantemente com outras técnicas, todavia mesmo isoladamente são eficazes, como agarrando a mão, acariciando, entre outros. O toque produz alterações ao nível do hipotálamo, dando origem a um efeito relaxante, este efeito pode também ser explicado, pela confiança que se estabelece entre os prestadores de cuidados e a criança (Carr E. cit in Batalha, 2003).

Muitas outras técnicas podem ser usadas no alívio da dor, como o riso, reforço positivo, imaginação emotiva, etc. O enfermeiro tem o dever de as usar em benefício da criança e família, desde as mais complexas às mais simples, tendo a noção de que a dor é um fenómeno subjetivo e influenciado por múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Batalha, 2003).

Em suma, o fenómeno dor apresenta-se em pediatria com particularidades que induzem os enfermeiros menos atentos a uma situação de fuga e indiferença perante o sofrimento da criança, pela sua aparente incapacidade de intervir adequadamente. Muitas vezes centram a sua atenção na terapêutica farmacológica, esquecendo-se de cuidar da criança com dor, para tratar a dor (Batalha, 2003).

A criança é vista como uma pessoa, livre de escolher o seu caminho em busca da sua própria qualidade de vida, onde o enfermeiro intervém numa atitude de parceria e acompanhamento. Esta partilha nos cuidados a prestar à criança com dor e sua família irá contribuir para um planeamento efetivo dos cuidados desejados e o uso criterioso das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com cada situação em particular (Batalha, 2003).

5. O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: Estudos Empíricos

Jaques, et al (2007), com o estudo sobre o papel da enfermagem frente à monitorização da dor como 5º sinal vital, afirmam que a dor continua a ser subtratada e subnotificada,

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

pois poucos profissionais de saúde possuem conhecimentos sobre este tema. Com o objetivo de investigar o papel da enfermagem frente à monitorização da dor, estes autores realizaram uma revisão bibliográfica de artigos, através da base de dados Medline. Como resultados, concluem que a enfermagem, como parte integrante da equipa multidisciplinar, pode influenciar todo o trabalho em equipa, portanto, a preparação adequada destes profissionais torna-se indispensável para que se alcance sucesso na avaliação da dor.

Por sua vez, Batalha (2003), realizou um estudo de carácter descritivo, onde pretendeu analisar os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor da criança. A recolha de dados foi realizada através de um questionário aplicado a 250 enfermeiros que trabalhavam em serviços pediátricos de três hospitais do distrito de Coimbra, Viseu e Leiria. Os resultados, indicaram que os enfermeiros têm saberes e práticas de cuidados positivas. As maiores dificuldades que estes apresentaram estão relacionadas com dimensões reconhecimento, avaliação e tolerância à dor. As variáveis tempo de exercício profissional, categoria profissional, especialização, tipo de especialização e a frequência de ações de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente significativa os saberes e as práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor da criança. O estudo concluiu ainda, que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros pediátricos são positivos, mas não é de desprezar a percentagem de enfermeiros com necessidade de refletir sobre os seus atos quando cuidam da criança com dor. As ações desempenham um papel muito importante na adoção de saberes e práticas de cuidados de excelência para com a dor na criança.

Também Murakami, et al (2011), realizaram um estudo que pretendeu analisar a repercussão do relacionamento interpessoal enfermeiro e família da criança hospitalizada. A amostra deste estudo é de oito enfermeiros da assistência direta a criança em unidade pediátrica. Utilizaram o método qualitativo com entrevistas semiestruturadas. Como resultados, ressalta o estado emocional da criança que influencia na evolução do seu quadro clínico, sendo que, a presença dos pais e/ou acompanhante, causa um impacto positivo, oferecendo a sensação de segurança e familiaridade.

Como podemos ver, são vários os estudos dedicados ao tema da dor da criança hospitalizada, todos eles com o objetivo de analisar e melhorar as práticas e saberes dos

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

enfermeiros que prestam cuidados nos serviços pediátricos. O nosso projeto pretende, também, contribuir para o alcance deste objetivo.

II. FASE METODOLOGICA

Segundo Fortin (1999), nesta fase do processo de investigação, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas. É necessário nesta fase escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou verificar hipóteses. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados.

2. Desenho de investigação

O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões colocadas. Tem como objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo (Fortin, 1999. pp. 132).

Os principais elementos constituintes do desenho de investigação são: o ou os meios onde o estudo será realizado, a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas, os instrumentos de colheita dos dados e o tratamento dos dados (Fortin, 1999. pp 132).

xi. Meio

Fortin (1999, pp. 132) afirma que,

“Os estudo conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efetuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha. (...) é necessário assegurar que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética”.

Este estudo desenvolveu-se em meio natural, tendo sido definida como população alvo os enfermeiros de um serviço de urgência pediátrica.

xii. Tipo de estudo

Segundo Fortin (1999, p. 133), a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses. O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação.

Pela natureza do estudo que se pretende realizar, a estratégia de investigação utilizada remete-se a uma investigação exploratória descritiva.

Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação. Com este tipo de desenho, o investigador visa descrever as experiências de pessoas escolhidas em função da sua particular experiência pessoal (Fortin, 1999, p.138).

O presente estudo, insere-se, essencialmente, na metodologia quantitativa.

Esta metodologia é caracterizada por um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 1999, pp 22).

Para o mesmo autor (1999, pp. 22) este método tem como finalidade:

“(...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.”

Para além da sua vertente quantitativa, neste estudo existiu, ainda, uma componente de carácter mais qualitativo, associada às questões abertas do questionário e respetiva análise.

xiii. Variáveis

Segundo Fortin (1999, p. 36), variáveis são:

(...) qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.

As variáveis utilizadas no presente estudo são classificadas como variáveis dependentes e de atributo (ou independentes).

Fortin (2003, p. 37) define variável dependente como “(...) a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”

A variáveis dependentes do estudo são: a forma como o enfermeiro avalia a dor, as dificuldades percebidas pelo enfermeiro nessa avaliação e a respetiva intervenção.

Fortin (2003, p. 37) define variáveis atributos como “(...) as características dos sujeitos num estudo.” No presente estudo as variáveis de atributo (ou independentes) são: género, idade, tempo de serviço total, tempo de serviço em pediatria e formação académica dos sujeitos.

xiv. População e amostra

Fortin (1999, pp. 202) define população como:

“(...) uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade da base da população junto da qual a informação é recolhida.”

Fortin (1999, pp202) considera ainda que,

“Qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar e , portanto, dos elementos que a compõem. Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que a satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para as quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população deste estudo foi constituída pelos enfermeiros doserviço de urgência pediátrica de uma unidade local de saúde.

Segundo Fortin (1999, pp.202), “o plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para selecionar a amostra (...)”.

O método de amostragem utilizado neste estudo foi o método de amostragem não probabilístico de conveniência.

A amostra não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 1999. pp 208).

A amostragem por conveniência, ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. São vantagens deste tipo de amostragem, ser prático, rápido e fácil de aplicar (Sousa e Batista, 2011).

xv. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999. pp. 240), os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumentos de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Tendo em conta o objetivo do nosso estudo, optou-se pela utilização de um questionário, construído para o efeito (Anexo IV).

Fortin (1999,pp 254), explica que o questionário apresenta várias vantagens como instrumento de medida, nomeadamente:

- É menos dispendioso do que a entrevista e requer menos habilidades da parte de quem o aplica;
- Pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região, o que permite obter mais informações num conjunto populacional;
- O questionário apresenta uma natureza impessoal, apresentação uniformizada com as mesmas diretrizes e a ordem das questões idêntica para todos os sujeitos,

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

podendo assegurar, até um certo ponto, a uniformidade de situações de medida, assegurando fidelidade e facilitando comparações entre sujeitos;

- As pessoas podem-se sentir mais seguras relativamente ao anonimato das respostas, e por isso exprimir mais livremente as opiniões que considerem mais pessoais.

O questionário utilizado foi constituído, maioritariamente, por questões fechadas. Este tipo de questões são mais simples de utilizar, permitem a codificação fácil da resposta e uma análise rápida e pouco dispendiosa e também podem ser objeto de um tratamento estatístico. São uniformes e aumentam a fidelidade dos dados, fornecem referências aos sujeitos o que permite comparar respostas e retirar as conclusões que são inapropriadas (Fortin, 1999, p. 252).

O questionário continha, ainda, cinco questões abertas. Incluímos este tipo de questões pois permitem recolher uma informação mais detalhada (Fortin, 1999).

Em termos de organização, o questionário utilizado encontra-se estruturado em três partes:

- Uma primeira, destinada a excluir as pessoas que apresentassem os critérios de exclusão;
- Uma segunda parte, destinada à avaliação e intervenção da dor na criança hospitalizada pelo enfermeiro;
- Por último, uma parte com vista à caracterização da amostra em estudo.

xvi. Pré-teste

O pré-teste foi realizado através do método de reflexão falada (recorrendo a dois peritos, uma da área da metodologia científica e outro da área da prestação direta de cuidados de enfermagem no contexto da pediatria de urgência), não tendo sido introduzida qualquer alteração.

Optamos por esta estratégia, não só pela simplicidade do questionário, mas essencialmente por causa do tamanho reduzido da população que se queria estudar: uma

equipa com cerca de dez enfermeiros, logo, corríamos o risco de ainda diminuir este universo se realizássemos o pré-teste com alguns dos seus enfermeiros, pois poderia ser necessário introduzir alterações no questionário e, conseqüentemente, excluir da amostra esses enfermeiros. Acresce a estas razões, o facto de na região onde realizamos o estudo, não ser possível de encontrar mais sujeitos com as características semelhantes á da amostra (enfermeiros a trabalhar na urgência pediátrica).

xvii. Tratamento de dados

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, foi utilizado Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0, tendo-se recorrido à estatística descritiva (frequências e crosstabs).

As questões abertas foram analisadas em termos de conteúdo, tendo sido, também, quantificadas.

Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros e gráficos, com a respetiva descrição. O objetivo da apresentação de quadros foi, reforçar os principais elementos úteis para o leitor, realçando os factos significativos e as relações significativas descobertas.

xviii. Princípios éticos

Segundo Fortin (1999, pp 114), a ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin, 1999. pp 116).

Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética, são estes:

- *O direito à autodeterminação:*

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. O potencial sujeito tem direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

- *O direito à intimidade:*

Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos. O investigador deve assegurar-se que o seu estudo é menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. O investigador deve empenhar-se em proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, o que compreende igualmente a etapa de divulgação dos resultados.

- *O direito ao anonimato e à confidencialidade:*

Este direito é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor.

- *O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo:*

Corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis que a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do benefício segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel ativo na prevenção do desconforto do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam.

- *Direito a um tratamento justo e equitativo:*

Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes e durante e após a sua participação num estudo. Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

No respeito legal dos princípios éticos enunciados, será incluída uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido e uma declaração de princípios éticos e de confidencialidade elaborado por escrito, juntamente com os inquéritos aplicados assim como a devida autorização da instituição em causa para aplicação dos mesmos (Anexo V).

Antes da aplicação do questionário foi explicado aos elementos da amostra que o anonimato seria garantido e que as suas respostas apenas seriam utilizadas com fins meramente académicos, podendo ser consultadas, se assim o desejassem.

III. FASE IMPÍRICA

Segundo Fortin (1999, pp 41), o plano de investigação, elaborado na fase precedente é posto em execução. Esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações.

O presente trabalho está direcionado para o caracterização da atitude do enfermeiro perante a criança hospitalizada que convive com dor. Assim, perante a metodologia utilizada, tentou-se fazer a análise dos dados colhidos de forma a se atingirem os objetivos delineados inicialmente.

3. Apresentação dos resultados

Neste ponto procedemos à caracterização dos oito inquiridos que constituem a nossa amostra (n=8), no que às variáveis demográficas diz respeito, nomeadamente: género, idade, tempo de serviço total, tempo de serviço na pediatria e formação académica.

No que diz respeito à variável género, e tal como podemos observar no gráfico nº 1, a nossa amostra é predominantemente feminina (7 casos femininos correspondentes a 87,5% e 1 caso masculino correspondente a 12,5%).

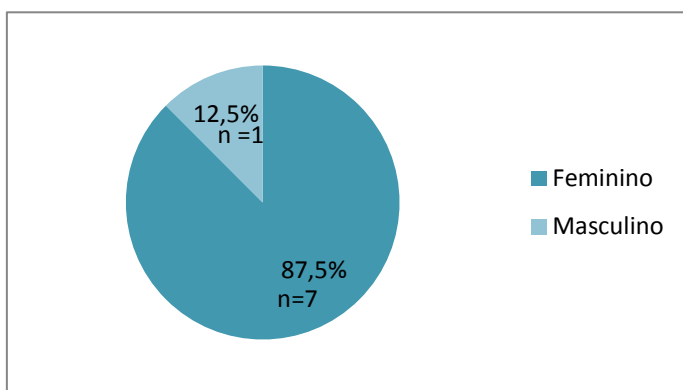


Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Quanto à idade, e tal como ilustra o gráfico nº 2, verificamos que a maioria dos sujeitos da nossa amostra pertence ao grupo etário dos 32 a 41 anos, a que corresponde uma percentagem de 75%. Temos ainda um enfermeiro (12,5%) no grupo etário dos 42 a 51 anos e um com idade superior a 52 anos.

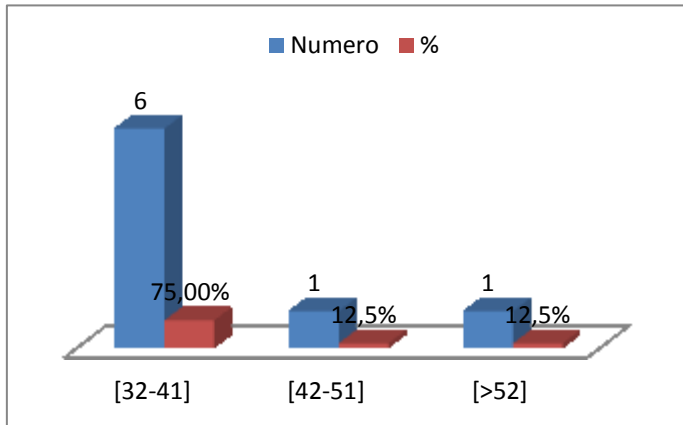


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a idade

No que diz respeito à variável, tempo de serviço total, e analisando o gráfico nº 3, podemos constatar que 62,5% dos enfermeiros (5 sujeitos) têm entre os 11 a 20 anos de serviço. Dois sujeitos têm entre 2 a 10 anos (25%), e um sujeito (12,50%) apresenta mais de 20 anos de tempo de serviço.



Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de serviço total

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

No que se refere à variável, tempo de serviço na pediatria, e tal como podemos observar na tabela nº1, verificamos que 50% dos enfermeiros (4 sujeitos) têm entre 5 a 10 anos de serviço em pediatria. Um sujeito (12,5%) tem entre 10 a 20 anos de serviço na pediatria e outro sujeito (12,5%) apresenta tempo de serviço em pediatria superior a 20 anos.

Tempo de serviço em pediatria	Frequência	Percentagem (%)
5 - 10	4	50,0
10 - 20	1	12,5
> 20	1	12,5
Não responde	1	12,5
Não se aplica	1	12,5
Total	8	100,0

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço em pediatria

Finalmente, quanto à variável, formação acadêmica, e analisando a tabela nº2, constatamos que, 50% dos enfermeiros (4 sujeitos) da amostra são licenciados. Dois enfermeiros (25%) apresentam especialidade e um (12,5%) apresenta especialidade e mestrado.

Formação acadêmica	Frequência	Percentagem (%)
Licenciatura	4	50,0
Especialidade	2	25,0
Especialidade e Outras	1	12,5
Não se aplica	1	12,5
Total	8	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros pela formação acadêmica

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Segundo Fortin (1999, pp 343), a apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significado.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Assim, o investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou das hipóteses, estabelece comparações entre os resultados deste estudo e dos outros trabalhos de investigação ligados ao quadro de referência (Fortin, 1999. pp 343).

É isso que faremos de seguida:

a) Como avalia o enfermeiro a dor da criança hospitalizada?

A tabela nº 3, apresenta resultados relativos a esta questão (aberta). Observando a referida tabela, podemos constatar que a maioria dos enfermeiros da amostra (75% / 6 sujeitos) referiu, que recorre a instrumentos, observação e diálogo com a criança. Os restantes 25% (2 sujeitos), recorrem a instrumentos e observação sem a utilização do diálogo.

Como avalia a dor da criança:	Frequência	Questionário	Percentagem (%)
Recurso a instrumentos + observação	2	Q1,Q8	25,0
Recurso a instrumentos + Observação + Diálogo	6	Q2,Q3,Q4, Q5,Q6,Q7	75,0
Total	8		100,0

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros de como avaliam a dor da criança hospitalizada

No que diz respeito ao objetivo específico: identificar os instrumentos mais utilizados pelo enfermeiro para avaliação da dor da criança hospitalizada, que se tratava de uma questão aberta, e como podemos constatar na tabela nº4, todos os inquiridos (n=8) referiam recorrer a escalas da dor e, embora, 37,5%, (ou seja, 3 enfermeiros) não tinham identificado concretamente a escala que utilizam, dois enfermeiros (25%) referiram utilizar especificamente a régua da dor, e outros dois referiram utilizar a escala numérica e a escala de faces. Apenas um enfermeiro da amostra utiliza anamnese e a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale, representado no Anexo II).

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Recurso a instrumentos (Quais?)	Frequência	Questionário	Percentagem (%)
Escala da Dor	3	Q1,Q,5,Q,6	37,5
Régua da Dor	2	Q2,Q3	25,0
Escala numérica + escala de faces	2	Q4,Q7	25,0
Anamense e NIPS	1	Q8	12,5
Total	8		100,0

Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros conforme os recursos a instrumentos utilizados na avaliação da dor da criança hospitalizada

Na tentativa de explorar uma possível relação entre o tempo de serviço e a forma de avaliar a dor, procedemos à realização do cruzamento entre as duas variáveis (crosstab), cujo resultado apresentamos na tabela nº 5.

Tempo de serviço na pediatria e como avalia a dor na criança hospitalizada	Recurso a instrumentos + observação	Recurso a instrumentos + Observação + Dialogo	Total
5 - 10	0	4	4
10 - 20	1	0	1
> 20	1	0	1
Não responde	0	1	1
Não se aplica	0	1	1
Total	2	6	8

Tabela 5 – Cruzamento entre as varáveis, tempo de serviço na pediatria e como avalia a dor na criança hospitalizada

Contrariamente ao que esperávamos, verificamos que os enfermeiros com menos tempo de serviço na pediatria (5 a 10 anos), são os que utilizam mais recursos na avaliação da dor da criança hospitalizada, recorrendo aos instrumentos, à observação e ao diálogo. Os restantes inquiridos, um entre 10 a 20 de anos de serviço na pediatria e outro com mais de 20 anos de serviço na pediatria responderam que utilizam instrumentos e a observação para avaliarem a dor da criança hospitalizada.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Pensamos que este facto se deve, ao conhecimento sobre a forma de tratar a dor que nem sempre é adquirido nas faculdades, pois ainda propiciam poucas informações a este respeito, como afirma Conner (cit in Setz et al. 2001).

Com base nos estudos consultados (Whaley cit. in Batalha, 2003), podemos afirmar que para além dos pais, elementos preciosos para um conhecimento profundo da criança, a observação é um instrumento privilegiado em pediatria, pois quanto menor a idade da criança maior a impossibilidade de comunicação verbal.

b) Perceciona dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada?

Correspondente ao objetivo específico: identificar as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação da dor na criança hospitalizada, verificamos com a análise do gráfico nº4, que, apenas um enfermeiro não perceciona dificuldades. Os restantes enfermeiros (87,5%) correspondente a 7 sujeitos, responderam que percecionavam dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada.



Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros na percepção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada.

Voltamos a realizar um cruzamento de variáveis, desta vez para explorar uma possível relação entre novamente as variáveis tempo de serviço em pediatria e percepção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Na tabela nº 6 apresentamos o resultado obtido:

Tempo de serviço na pediatria e percepção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada	Sim	Não	Total
5 - 10	4	0	4
10 - 20	1	0	1
> 20	1	0	1
Não responde	1	0	1
Não se aplica	0	1	1
Total	7	1	8

Tabela 6 - Cruzamento entre o tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e a percepção de dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada

Tal como esperávamos, verificamos que são os enfermeiros com menos tempo de serviço na pediatria (5 a 10 anos), que percecionam mais dificuldades na avaliação da dor da criança hospitalizada. Pensamos que este facto se deve à falta de experiência no uso dos instrumentos, dificuldades no relacionamento e/ou comunicação com a criança e limitação de conhecimento sobre o mecanismo da dor, entre outros.

Com base na revisão da literatura efetuada, a dor na criança pode ser difícil de reconhecer. As crianças podem não ter a capacidade cognitiva ou vocabulário de se relacionar ou descrever a sua dor de forma que os seus cuidadores entendam facilmente. As crianças usam muitas estratégias para lidarem com a dor, incluído brincar e dormir, o que pode levar o enfermeiro a avaliar erradamente a dor da criança (International Association For The Study Of Pain, 2005).

c) Dos seguintes aspetos qual (ais) aqueles, que no seu entender, podem dificultar a avaliação da dor da criança hospitalizada?

Ao perguntar aos inquiridos quais os aspetos que, podem dificultar a avaliação da dor da criança hospitalizada, 50% dos inquiridos (4 sujeitos) responderam, a idade da criança e a identificação de indicadores comportamentais (ver tabela nº7).

Um enfermeiro (12,5%) referiu como principal barreira o relacionamento e /ou comunicação com a criança mais a identificação de indicadores comportamentais. Outro

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

caso ao relacionamento e/ou comunicação com a criança mais a identificação de indicadores fisiológicos e comportamentais. E outro caso, que responde que a idade da criança mais o relacionamento e /ou comunicação com a criança e a presença dos pais dificultam a avaliação da dor da criança hospitalizada.

	Frequência	Questionário	Porcentagem (%)	
Aspetos que podem dificultar a avaliação da dor na criança hospitalizada	Idade Criança	2	Q2,Q3	25,0
	Idade + identificação de indicadores comportamentais	2	Q1,Q7	25,0
	Relacionamento e /ou comunicação com a criança + identificação de indicadores comportamentais	1	Q4	12,5
	Relacionamento e/ou comunicação com a criança +identificação de indicadores fisiológicos e comportamentais	1	Q5	12,5
	Idade da criança + Relacionamento e /ou comunicação com a criança + Presença dos pais	1	Q8	12,5
	Não se aplica	1	Q6	12,5
	Total	8		100,0

Tabela 7 – Aspetos que podem dificultar a avaliação da dor da criança hospitalizada

Voltamos a realizar um cruzamento de variáveis, desta vez para explorar uma possível relação entre as variáveis tempo de serviço em pediatria e aspetos que podem dificultar a avaliação da dor na criança hospitalizada.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Na tabela nº8 apresentamos os resultados obtidos:

Tempo de serviço na pediatria e aspetos que podem dificultar a avaliação da dor da criança hospitalizada		Aspetos que podem dificultar a avaliação da dor da criança						Total
		Idade Criança	Idade + identificação de indicadores comportamentais	Relacionamento e /ou comunicação com a criança + identificação de indicadores comportamentais	Relacionamento e /ou comunicação com a criança + identificação de indicadores fisiológicos e comportamentais	Idade da criança + Relacionamento e /ou comunicação com a criança + Presença dos pais	Não se aplica	
Tempo de serviço na pediatria	5 - 10	2	1	1	0	0	0	4
	10 - 20	0	0	0	0	1	0	1
	> 20	0	1	0	0	0	0	1
	Não responde	0	0	0	1	0	0	1
	Não se aplica	0	0	0	0	0	1	1
Total		2	2	1	1	1	1	8

Tabela 8 – Cruzamentos entre dados do tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e aspetos que podem dificultar a avaliação da criança hospitalizada.

Como podemos verificar, os inquiridos com menos tempo de serviço em pediatria, entre 5 a 10 anos, são aqueles que indicam um maior número de aspetos (como a idade da criança, a identificação de indicadores comportamentais e o relacionamento e/ou comunicação com a criança) que dificultam a avaliação na dor da criança hospitalizada.

Apenas 1 caso, entre os 10 a 20 anos de serviço na pediatria diz que a idade da criança, o relacionamento e /ou comunicação com a criança e a presença dos pais dificultam a avaliação na dor da criança hospitalizada. Aqueles que têm mais de 20 anos de serviço em pediatria respondem que idade da criança e a identificação de indicadores comportamentais são os aspetos que mais dificultam na avaliação da dor da criança hospitalizada, correspondendo apenas a um caso.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Pensamos que este facto se deve às dificuldades que os enfermeiros com menos tempo de serviço em pediatria apresentam relativamente à avaliação dor na criança. Vimos já que este, é também, o grupo de enfermeiros que recorre a um maior número de instrumentos para avaliação da dor na criança hospitalizada.

d) Como intervém na dor da criança hospitalizada?

Correspondente ao objetivo específico: identificar como o enfermeiro intervém na dor da criança hospitalizada, verificamos na tabela nº9, que 50% dos enfermeiros (4) adotam medidas farmacológicas e não farmacológicas. Este resultado vai ao encontro da recomendação dos autores (Smeltzer e Bare cit. in Eler 2006) que afirmam que a intervenção do alívio da dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso passa pela combinação de ambas.

No que se refere somente ao uso de uma ou outra estratégia, verificamos que, enquanto nenhum dos inquiridos respondeu que apenas adota as medidas não farmacológicas, 37,5% dos enfermeiros (3 sujeitos), referiram utilizar apenas as medidas farmacológicas para intervir na dor da criança hospitalizada.

Lembramos que, segundo Batalha (2003), numerosos estudos têm demonstrado o eficiente controlo da dor dependendo da ação do enfermeiro que domina as intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor. Daí que, é possível que estes enfermeiros, que apenas recorrem a uma das estratégias, estejam a realizar uma gestão da dor menos eficiente.

Como intervém na dor da criança hospitalizada?	Frequência	Questionários	Percentage m (%)
Adoção de medidas farmacológicas	3	Q2,Q5,Q7	37,5
Adoção de medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas	4	Q1,Q3,Q4,Q8	50,0
Não se aplica	1	Q6	12,5
Total	8		100,0

Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros como intervém na dor da criança hospitalizada.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

No que diz respeito ao tipo de estratégia não farmacológica utilizada pelos enfermeiros, informação que recolhemos através de uma pergunta aberta, podemos verificar através da tabela nº10, que os inquiridos recorrem à distração (1 sujeito), à combinação da distração com diálogo (1 sujeito) ou à combinação do diálogo com a massagem.

Adoção de medidas não farmacológicas (Quais?)	Frequência	Questionário	Percentagem (%)
Distração	1	Q4	12,5
Distração e Dialogo	1	Q1	12,5
Massagem e diálogo	1	Q3	12,5
Não responde	4	Q2,Q5,Q7,Q8	50,0
Não se aplica	1	Q6	12,5
Total	8		100,0

Tabela 10 – Medidas não farmacológicas

Voltamos a realizar um cruzamento de variáveis, desta vez para explorar uma possível relação entre as variáveis tempo de serviço em pediatria e intervenção na dor da criança hospitalizada.

Na tabela nº11 apresentamos os resultados obtidos:

Tempo de serviço na pediatria e Intervenção na dor da criança hospitalizada	Adoção de medidas farmacológicas			Não se aplica	Total
	Adoção de medidas farmacológicas	Adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas			
5 - 10	2	2	0	4	
10 - 20	0	1	0	1	
> 20	0	1	0	1	
Não responde	1	0	0	1	
Não se aplica	0	0	1	1	
Total	3	4	1	8	

Tabela 11 – Cruzamento entre os dados do tempo de serviço do enfermeiro na pediatria e como intervém na dor da criança hospitalizada

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Confrontando a tabela 11, verificamos que são os enfermeiros com menos tempo de serviço, entre 5 a 10 anos, que utilizam medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor da criança hospitalizada, apesar de existirem dois casos que utilizam apenas medidas farmacológicas, sendo inclusive os únicos da amostra que o fazem.

Verificamos também que apenas 1 caso com tempo de serviço na pediatria, entre 10 a 20 anos utiliza ambas as medidas, farmacológica e não farmacológica. E outro caso com mais de 20 anos de serviço na pediatria que utiliza também ambas as medidas, farmacológicas e não farmacológicas.

Concluindo esta questão, podemos referir que por um lado, as medidas não farmacológicas são muito diversificadas restringindo-se á distração, diálogo e massagem, ficando de fora estratégias como o relaxamento e a estimulação cutânea, referidas na literatura (Batalha, 2003; Jaques, et al. 2006;Pimentel JC. cit in. Batalha, 2003) como medidas não farmacológicas também utilizadas neste contexto. Possivelmente os enfermeiros não têm nem formação, nem tempo disponível para a utilização destas estratégias.

Por outro lado, a gestão da dor poderá não estar a ser eficiente, na medidas em que existem enfermeiros que apenas utilizam medidas farmacológicas.

IV. CONCLUSÃO

Com o desfecho desta investigação, é importante refletir e analisar, de forma sucinta, tudo aquilo que nele se encontra discriminado.

Fortin (2009, p.484) afirma que:

“As conclusões de um estudo exigem da parte do investigador que faça uma síntese do conjunto de resultados discutidos e que coloque em evidência os elementos novos que o estudo permitiu”.

Assim, examinam-se os resultados, considerando o seu significado, a sua importância e a sua generalização. As consequências dos resultados são avaliadas em relação à teoria e à investigação.

Deste modo, nesta última fase do processo de investigação, fazemos um ponto de reflexão sobre os aspetos e resultados mais importantes obtidos, tendo em conta os objetivos inicialmente propostos, bem como, as principais conclusões inerentes aos resultados obtidos.

Correspondente ao objetivo específico: *Identificar como o enfermeiro avalia a dor da criança hospitalizada, podemos concluir que:*

- ✚ 75% dos enfermeiros (6), recorrem a instrumentos (escalas), à observação e ao diálogo com a criança.

Correspondente ao objetivo específico: *identificar os instrumentos mais utilizados pelo enfermeiro para avaliação da dor da criança hospitalizada, podemos concluir que:*

- ✚ Todos os inquiridos, recorrem a vários instrumentos para avaliação da dor da criança hospitalizada, tais como: Escala da dor (37,5%), régua da dor (25%), escala numérica e a escala de faces (25%). Apenas um enfermeiro utiliza anamenese e a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale).
- ✚ Podemos, ainda, concluir que os enfermeiros com menos tempo de serviço na pediatria, entre 5 a 10 anos, recorrem a mais recursos para avaliação da dor da criança hospitalizada, do que os restam.

Correspondente ao objetivo específico: *identificar as dificuldades do enfermeiro perante a avaliação da dor na criança hospitalizada, podemos concluir que:*

- ✚ Apenas um enfermeiro não percebe dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada. Os restantes enfermeiros, responderam que percecionavam dificuldades.
- ✚ Verificamos também, que dos enfermeiros que apresentavam dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada, quatro (50%) correspondem aos enfermeiros com menos tempo de serviço na pediatria, entre 5 a 10 anos.
- ✚ Podemos, ainda, concluir, que os aspetos que mais dificultam a avaliação da dor da criança hospitalizada, são: *a idade da criança e a identificação de indicadores comportamentais.*

Correspondente ao objetivo específico: *identificar como o enfermeiro intervém na dor da criança hospitalizada, concluímos que:*

- ✚ 50% dos enfermeiros (4) adotam duas medidas: *farmacológicas e não farmacológicas.*
- ✚ Estes enfermeiros que adotam as duas medidas, são os que apresentam menos tempo de serviço em pediatria (entre 5 a 10 anos).
- ✚ Como vários estudos apontam, a intervenção no alívio da dor pelo enfermeiro tem o maior sucesso quando, combinadas ambas as medidas farmacológicas e não farmacológicas (Smeltzer e Bare cit. in Eler 2006). No nosso estudo existe ainda uma grande parte da amostra (37,5%), que utilizam apenas medidas farmacológicas para intervir na dor da criança hospitalizada. Aliás, quando perguntado aos sujeitos, quais as intervenções não farmacológicas que utilizam, 50% dos enfermeiros não respondeu à questão.

Os resultados revestem-se de alguma preocupação não só pelo facto de 87% os inquiridos, referirem dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada, mas também, pela percentagem de enfermeiros (37,5%) que referem que apenas recorrem a medidas farmacológicas para a intervenção na dor da criança hospitalizada.

Este facto não vai de encontro do referido por Smeltzer e Bare cit. in Eler (2006), quando afirmam que a intervenção no alívio da dor pelo enfermeiro tem a maior parte do sucesso quando, combinadas ambas as medidas farmacológicas e não

farmacológicas. Assim como Batalha (2003) afirma que numerosos artigos têm demonstrado que o eficiente controlo da dor depende da ação do enfermeiro que domina as intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor.

Podemos ainda concluir com os resultados obtidos, que são os enfermeiros com menos tempo de serviço em pediatria, entre 5 a 10 anos, que apresentam mais dificuldades na avaliação da dor na criança hospitalizada, mas são também estes que utilizam mais instrumentos para avaliação da mesma e que intervêm de maneira mais adequada na gestão dor da criança hospitalizada.

Terminando o estudo, torna-se pertinente avaliar o alcance dos objetivos inicialmente propostos, verifica-se, assim, que os mesmos foram alcançados, pois foi possível caracterizar a atitude do enfermeiro perante a criança hospitalizada que convive com dor.

Ao longo da execução deste trabalho, foram surgindo algumas limitações, das quais se destaca a inexperiência sentida no manuseio e tratamento estatístico pelo SPSS. No início da análise do questionário, deparámo-nos com o facto de a amostra ter uma dimensão pequena, o que impediu um resultado mais significativo e representativo.

O tema não fica, de modo algum, esgotado. Muitas questões ficam em aberto e algumas conclusões impõem estudos mais aprofundados e detalhados.

Aproveita-se ainda para afirmar que esta experiência foi bastante enriquecedora por permitir estabelecer um primeiro contacto com um estudo científico.

Consciente das limitações do estudo e convicta de algumas falhas. Manifesto por conseguinte, o agrado, se oportunamente tiver conhecimento de trabalhos que permitam aprofundar esta problemática. Impõe-se deste modo, o dever de partilhar os resultados, esperando que pelo menos incitem à reflexão sobre o muito que ainda há a fazer.

BIBLIOGRAFIA

American Medical Association. (2010). *Module 6 pain Management: Pediatric Pain Management*. Chicago, pp. 6

Associação Portuguesa do Estudo da Dor Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.aped-dor.org>> [Consultado em 04/12/2011].

Batalha, L. (2003). *Os enfermeiros e a dor na criança, Associação Portuguesa para o estudo da dor*, volume 11, Nº1, pp.9-37, 146-147.

Braunwald. Et alii (2002). *Harrison – Medicina interna 15ª edição*. Lisboa, McGraw Hill, pp. 61- 63.

Dias. S. et alii (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, v.3, n.1 p.41-48 [Em linha]. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>> [Consultado em 05/12/2011].

Direcção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011].

Eler, G. et alii. (2006). O Enfermeiro e as Terapias Complementares para o Alívio da Dor. pp. 185 - 186 [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>> [Consultado em 04/12/2011].

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Lusociência, pp. 39 – 100.

Gomes, A.(2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Lisboa. Permanyer Portugal, pp. 9

Instituto de Apoio à criança. (2002). Legislação - Criança Adolescente e Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/03/legisla1.pdf>> [Consultado em 05/12/2011].

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

International Association for the Study of Pain,(2005). Why Children`s Pain Matters 2005, volume XIII, no 4. USA.

Jaques, A. Et alii (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5361/3397>> [Consultado em 13/03/2012]

Jaques, A. Et alii (2006). O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>> [Consultado em 13/3/2012].

Linhares, M. et alii (2010). *Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas*. Temas em psicologia. Brasil. Vol. 18, nº2, 307 – 325.

Luft, A. (2010). *Compreender a dor durante a hospitalização: manual de orientação para a criança*. Porto Alegre

Marcus,I. et alii (2004). A ponte. *Jornal do Hospital FranciscoXavier* nº 11, pp. 2- 8

Ministério da Saúde (2001). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro. p. 22

Murakami, R. (2011). Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.64 no.2 [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en> [Consultado em 22/11/2011].

Oliveira, G et alii (2005). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5anos de idade. p 47-49 [Em linha] Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>> [Consultado em 09/12/2011].

Polit, D. et alii (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3º Edição*. Artes Medicas, pp. 7

Rey, R.(1993) *Histoire de la douleur*. Paris, Éditions la découverte, pp. 153.

O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção

Salgueiro, E. (1996). A intervenção psicológica na dor da criança. pp. 145 – 146 [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a14.pdf>> [Consultado em 22/11/2011].

Santos, M. (2005). Adesão em Pediatria - Do Modelo Biomédico ao Modelo Transaccional: Contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, nº 002, p. 145-15

Setz, V. et alii (2001). Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. [Em linha]. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CFcQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.unifesp.br%2Fdenf%2Facta%2Fsum.php%3Fvolume%3D14%26numero%3D2%26item%3Dpdf%2Fart6.pdf&ei=zFcEUJHgONTU4QTfhdGhCA&usg=AFQjCNE0Fvp0s0IkDzf5shMSnff5_8ZZg>. [Consultado em 10/07/2012].

Sousa, M. J., Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios – Segundo Bolonha*. Pactor Edições.

ANEXOS

ANEXO I – Papel da família

Tabela Nº 1 – Distribuição da frequência das atitudes dos acompanhantes das crianças hospitalizadas durante o período de internamento – Atitudes dos familiares da criança perante os profissionais de saúde

Atitude dos acompanhantes	Positivas		Negativas		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Cooperação	23	37,0	06	26,0	29	33,6
Aceitação das normas	13	21,0	15	65,2	28	33,2
Comunicação fácil	26	42,0	02	8,8	28	33,2
Total	62	100	23	100	84	100

Fonte: Oliveira, G et alii (2005). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. pp 49 [Em linha] Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>> [Consultado em 09/12/2011].

Tabela Nº2 – Distribuição da frequência de reações emocionais das crianças hospitalizadas apresentadas durante o período de internamento – Reação emocional das crianças com e sem acompanhante

Reações emocionais	Com acompanhante		Sem acompanhante		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Medo	15	53,6	10	26,4	25	37,8
Irritabilidade	02	7,1	15	39,4	17	25,7
Indiferença	10	35,7	05	13,2	15	22,7
Agressividade	01	3,6	08	21,0	09	13,8
Total	28	100	38	100	66	100

Fonte: Oliveira, G et alii (2005). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. pp 47 [Em linha] Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>> [Consultado em 09/12/2011].

ANEXO II

ANEXO II - Escalas de Avaliação da Dor

Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau né (EDIN)

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

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011]

NIPS
(Neonatal Infant Pain Scale)

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

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011].

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

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

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011]

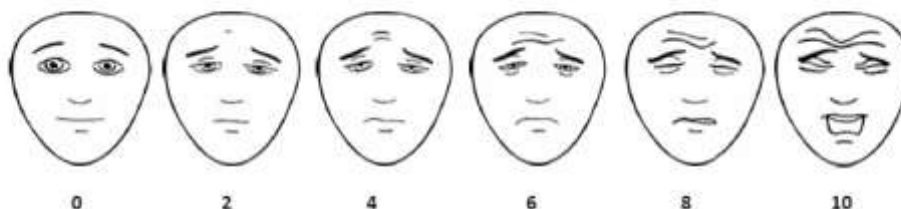
FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

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

© The Regents of the University of Michigan

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011].

ESCALA DE FACES Revista



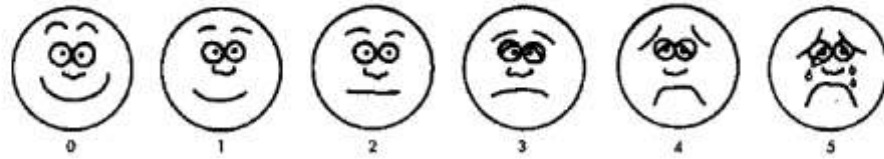
Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

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

Hicks et al., 2001; Blieri et al., 1990: <http://painsourcebook.ca/pdfs/pps92.pdf>

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011].

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



Instruções:

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

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

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

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

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011].

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

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

Fonte: Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças [Em linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/orientacao_tecnica_avaliacao_dor_nas_crianças.pdf> [Consultado em 09/12/2011]

ANEXO III

ANEXO III - Métodos usados para avaliação da dor em pediatria

	Auto-relato	Comportamentais	Fisiológicos
Lactente/criança pequena		<ul style="list-style-type: none"> • Características do choro • Tempo de choro • Expressão facial • Acompanhamento com o olhar • Movimento corporal • Tempo de resposta ao estímulo • Estado comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca • Pressão arterial • Frequência respiratória • Diaforese
Pré-escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Expressões faciais • Cucher • Instrumento de lascas de madeira • Escala da escada • Escala de cores • Questionário pediátrico da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de dor do hospital infantil do leste de Ontario (CHEOPS) • Escala de classificação do comportamento • Lista de avaliação do comportamento • Escala de observação do stress comportamental • Escala de Gauvain-piquard et al 	
Escolares / Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas análogas visuais • Escalas de classificação numérica • Escalas de palavras • Questionário pediátrico da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala objectiva da dor • Escala de classificação do comportamento • Lista de avaliação do comportamento 	

Fonte: Batalha,L. (2003). *Os enfermeiros e a dor na criança, Associação Portuguesa para o estudo da dor*, volume 11, Nº1, pp.37

ANEXO IV

ANEXO IV – Questionário

ANEXO V

**Anexo V - Declaração de Princípios Éticos e de Confidencialidade, Declaração
Consentimento Livre e Informado e autorização para aplicação de questionário.**

Declaração de Princípios Éticos e de Confidencialidade

Rita Marques Alexandre, aluna do curso de licenciatura de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, a efetuar ensino clínico de Integração Profissional no serviço de urgência pediátrica da Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital de Sousa Martins, a realizar um projeto de graduação no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação e Intervenção Profissional do plano de estudo do 4º ano do curso de licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, cujo tema: “*O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção*”, declara que os dados colhidos com a aplicação do questionário são utilizados exclusivamente para fins académicos, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes conforme determina a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

Guarda, 19 de Abril de 2012

A aluna

Rita Marques Alexandre

Consentimento Livre e Informado

Rita Marques Alexandre, aluna do curso de licenciatura de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, a efetuar ensino clínico de Integração Profissional no serviço de urgência pediátrica da Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital de Sousa Martins, a realizar um projeto de graduação no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação e Intervenção Profissional do plano de estudo do 4º ano do curso de licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, cujo tema: “*O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção*”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pela aluna.

Rita Marques Alexandre

Assinatura: _____ data: _____

Consentimento informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações desta informação e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr.(a) recebeu uma cópia desta informação para a manter consigo.

Assinatura: _____ data: _____

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde (...)

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Rita Marques Alexandre, e-mail: ritamarques.alexandre@gmail.com, telemóvel n.º 969536226, aluna do curso de licenciatura de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, a realizar o ensino clínico de Integração Profissional no serviço de urgência pediátrica da Unidade Local de Saúde (...), vem muito respeitosamente, solicitar a V. Ex.^a autorização para aplicar um questionário, que se anexa, aos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica, durante uma semana após a autorização.

Esta investigação destina-se à elaboração do projeto de graduação no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação e Intervenção Profissional do plano de estudo do 4º ano do curso de licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, subordinada ao tema: *“O enfermeiro e a criança hospitalizada que convive com a dor: avaliação e intervenção”*.

Trata-se de um trabalho exclusivamente académico, pelo que os dados que se pretendem recolher serão utilizados apenas para esse fim, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes.

Caso exista interesse por parte de V.^a Ex.^a, os resultados deste trabalho ser-lhe-ão disponibilizados.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

19 de Abril de 2012

A Requerente

(Rita Marques Alexandre)