

“Toda a dor é grande para um coração pequeno”

Jacinto Benavente e Martinet

AGRADECIMENTOS

Até à concretização deste trabalho, os sentimentos vividos foram diversos. No início uma força pela descoberta do desconhecido e um entusiasmo pela alegria de ter sido admitida no mestrado. Ao longo do tempo esse entusiasmo manteve-se por períodos. O desânimo e o cansaço tomaram muitas vezes “conta de mim” chegando mesmo a pensar adiar ou desistir, mas de repente reacendia-se a força e a vontade para continuar.

Ao longo desta caminhada existem pessoas que nunca me deixaram sozinha, não me deixaram desistir, ajudaram - me nos momentos menos bons e tornaram este projecto possível. Este é o momento para agradecer a todos os que de algum modo directa ou indirectamente contribuíram para a sua realização.

Assim começo inicialmente por agradecer a todas as crianças que passaram e passarão pela minha vida dizendo que foi para elas e por elas que fiz este trabalho deixando aqui a promessa de que este estudo contribui para que diminua o sofrimento e a dor que sentem quando também estão doentes. Agradeço à equipa de urgência do HSMMB pelo seu contributo e participação nas entrevistas.

Ao Prof. Luís Carvalho e à Prof. Sandra Cruz pela sua disponibilidade, ensinamentos e participação na orientação deste trabalho.

Agradeço a ajuda e colaboração da Prof. Cândida Pinto e da Prof. Fernanda sempre disponíveis para me esclarecer e orientar.

Agradeço aos meus pais, aos meus sobrinhos Zé Nuno e André, este trabalho é um bocadinho para vocês também, ao meu irmão Nuno, à minha cunhada Zaida e à Cristina Correia o apoio incondicional e constante ao longo desta temporada, obrigada Amiga.

Agradeço aos meus amigos e amigas que me deram força e mostraram-se disponíveis para ajudar no que fosse necessário.

RESUMO

A dor, seja em que grupo etário for, deve ser valorizada, avaliada e tratada como uma prioridade no atendimento.

Apesar da dificuldade da sua avaliação em pediatria, os profissionais de saúde devem reunir os conhecimentos adequados para a sua resolução.

O presente estudo está direccionado para a valorização da dor na criança/adolescente em contexto de urgência. A abordagem descritiva seleccionada para orientar este estudo, relaciona-se com o propósito do estudo, analisando assim as práticas dos enfermeiros face às dificuldades na avaliação da dor em contexto de urgência, bem como à sua valorização.

A colheita de dados foi feita através do recurso à entrevista semi-estruturada. O cenário da pesquisa foi o HSMMB e os participantes foram seleccionados mediante a formação profissional e o tempo de experiência profissional. A amostra foi assim aleatória e intencional composta por dez enfermeiros que exercem funções na urgência pediátrica do HSMMB.

Relativamente aos objectivos inicialmente propostos constatou-se que todos os enfermeiros valorizam a dor na criança/adolescente em contexto de urgência, contudo essa valorização não se traduz em práticas adequadas e consequente tratamento da dor. A avaliação da dor é feita quase que intuitivamente e mediante a observação do comportamento da criança, e não com recurso ao uso de escalas de avaliação adaptadas à idade.

Na criança que não verbaliza a dor e no lactente, a falta de conhecimentos dos profissionais e a subjectividade da dor são alguns dos factores que dificultam o processo de avaliação.

Os participantes inquiridos reconhecem que os pais podem influenciar positiva ou negativamente a avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência. É referido que para além das manifestações comportamentais ou

fisiológicas de dor na criança, os pais são também um alerta desse estado doloroso. Outros referem que dada a ansiedade parental, eles tendem a exacerbar a dor dos próprios filhos, o que pode condicionar a avaliação feita por parte dos enfermeiros.

O próprio espaço físico e ambiente em que se encontram as crianças são factores dificultadores da avaliação da dor.

Neste sentido podemos concluir que existe um longo caminho a percorrer para que se melhorem os cuidados prestados à criança com dor em contexto de urgência. A melhoria da prestação de cuidados passa pelo correcto uso de escalas de avaliação da dor, bem como um maior investimento na formação nesta área.

Palavras-chave: Dor, criança, valorização, urgência, factores dificultadores da avaliação.

ABSTRACT

Pain should be valued, assessed and treated as a priority in the hospital medical care regardless of the age-group.

Even if it is difficult to produce an accurate pediatric assessment, the health professionals should pool knowledge to tackle this issue.

The present study highlights the importance of pain in the lives of children / teenagers in context of emergency. The descriptive approach selected to guide this study relates to the purpose of the study, thus analyzing the practice of nurses to overcome the difficulties they encounter to assess and value pain in context of emergency.

The collection of data was made through a semi-structured interview. The HSMMB was the research scenario and the survey participants were selected taking into account their vocational training. The sample was therefore random and intentional comprising ten nurses who work on pediatric emergency care in HSMMB.

With regard to the objectives initially set, it was established that all nurses valued the pain felt by children / teenagers in context of emergency. However, this valorization does not lead to an appropriate medical practice and consequently to the treatment of pain. The assessment of pain is almost made intuitively and by observing the children's behavior and not through assessment scales appropriate to age.

The lack of knowledge of professionals and the subjectivity of pain are some factors which make the assessment process difficult regarding the child and latent, who do not verbalize pain.

The surveyed participants acknowledge that parents can positively or negatively influence the assessment of pain in children and teenagers in context of emergency. In addition to the behavioral or physiological expressions of pain in children it is mentioned that parents are also an alert of this state of pain. Others mention that parents, given their anxiety, tend to overreact about the pain of their own children may constrain the assessment made by nurses.

The physical and environmental space themselves in which children live are inhibitory factors to assess pain.

We can therefore conclude that there is a long way to go until medical care provided to children in pain can be improved in context of emergency. The improvement of medical care depends on the adequate use of pain assessment scales, and further investment in training in this area.

Key-words: pain, child, valorization, emergency, assessment inhibitory factors.

ABREVIATURAS E SIGLAS

1ª- Primeira

E1- Entrevistado 1

E2- Entrevistado 2

E3- Entrevistado 3

E4- Entrevistado 4

E5-Entrevistado 5

E6- Entrevistado 6

E7- Entrevistado 7

E8- Entrevistado 8

E9- Entrevistado 9

AAP- American Academy of Pediatrics

APED- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ANAES- Agence Nationale d' Accreditation et d'Evaluation en Santé

AINE- Anti-Inflamatório Não - Esteroide

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direcção Geral de Saúde

EDIN- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né

EN- Escala Numérica

FPS-R- Faces Pain Scale- Revised

Fc - Frequência Cardíaca

GCT- Gate Control Theory

HSMMB- Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

IASP- International Association for the Study of Pain

Nº- Número

NANDA- Nursing American

OBS- Observações

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

Prof. – Professor/a

PNLD- Plano Nacional de Luta a Contra Dor

RN- Recém Nascido

SAPE- Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SAT- Sistema de Apoio à Triagem

SNC- Sistema Nervoso Central

SU- Serviço de urgência

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1- A DOR NA CRIANÇA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL ...	21
1.1- Conceito de Dor	21
1.2-Fisiopatologia da Dor	27
1.3-Comportamentos de Dor na Criança	28
1.4-Avaliação da Dor Pediátrica	36
1.5-Factores que Influenciam as Experiências de Dor	44
1.6- Tratamento da Dor em Pediatria	46
<i>1.6.1-Tratamento Farmacológico</i>	47
<i>1.6.2-Tratamento Não-Farmacológico</i>	48
2- A VALORIZAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: FACTORES DIFICULTADORES NA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO	51
2.1- Paradigma de investigação	52
2.2- Objetivos e Finalidades do Estudo	53

2.3- Contexto e Participantes no Estudo	54
2.4- Instrumento de Recolha de Dados	56
2.5- Considerações Éticas	58
2.6- Apresentação e Análise dos Dados	59
2.6.1 - <i>Valorização da Dor</i>	61
2.6.1.1 - <i>Identificação do Foco Dor</i>	61
2.6.1.2 - <i>Avaliação da Dor</i>	63
2.6.1.3 - <i>Registo da Dor</i>	66
2.6.2 - <i>Manifestações da Dor</i>	67
2.6.2.1 - <i>Comportamentais</i>	68
2.6.2.2 - <i>Fisiológicas</i>	70
2.6.3 - <i>Procedimentos do Controlo da Dor</i>	71
2.6.3.1 - <i>Farmacológicos</i>	71
2.6.3.1 - <i>Não – Farmacológicos</i>	72
2.6.4 - <i>Fatores Dificultadores na Avaliação da</i> <i>Dor em Contexto de Urgência</i>	73
2.6.4.1 - <i>Subjetividade da dor</i>	73
2.6.4.2 – <i>Conhecimentos</i>	75
2.6.4.3 – <i>Idade da criança</i>	77
2.6.4.4 – <i>Espaço físico</i>	78
2.6.4.5 – <i>Excesso de trabalho</i>	79
2.6.4.6 – <i>Presença dos pais</i>	80
2.7- Discussão dos Resultados	81

3 - Conclusão	92
Bibliografia	96
ANEXOS	107
ANEXO I - Guião da Entrevista	109
ANEXO II - Pedido de consentimento para a realização da entrevista	113
ANEXO III - Consentimento do Conselho de Administração para a realização do estudo	117

LISTA DE QUADROS

Quadro nº1- Estágios do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget	35
Quadro nº 2- Escala de Edin.....	42
Quadro nº 3- Classificação dos Analgésicos segundo a OMS	47
Quadro nº 4- Caracterização dos Enfermeiros Participantes no estudo	56
Quadro nº 5- Referencial da Análise de Conteúdo.....	61

LISTA DE IMAGENS

Imagem nº 1- Escala de Faces.....	44
-----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A dor, sendo uma experiência universal, multidimensional e subjetiva obriga a uma intervenção na gestão da mesma. A dor é assim um dos grandes motivos de procura dos serviços de saúde.

Os enfermeiros, na sua prática clínica, têm como objetivo prevenir e controlar o medo e a dor da criança sujeita a procedimentos clínicos.

As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (Carta da Criança Hospitalizada, 1988).

A pesquisa em enfermagem é definida como um processo científico que valida e aperfeiçoa o conhecimento existente e gera novos conhecimentos que direta ou indiretamente, influenciam a prática de enfermagem (McEwwn e Wills, 2009).

A atenção particular pela dor pediátrica surge em 1977, quando Eland e Anderson constataram diferenças abismais no tratamento da dor entre crianças e adultos em circunstâncias semelhantes (Batalha 2010).

“O Plano Nacional Da Luta Contra a Dor estabelece que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (DGS,2008,p.5).

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, bem como desenvolver, controlar, e regular o exercício profissional (OE, 2001).

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão a Direcção Geral de Saúde institui a dor como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS: circular normativa nº9 2003).

Um estudo publicado em 2008, realizado no Hospital for Sick Children de Toronto, sobre a prevalência da dor nas crianças hospitalizadas, mostra que, nas 24h precedentes ao inquérito, apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor, apesar de 64% das crianças entrevistadas relataram ter tido dor moderada ou intensa (DGS, 2010).

O conceito de dor na criança é cercado por grande variedade de mitos, que interferem, directamente, na prática clínica, visto que a dor nesta faixa etária é subestimada por muitos profissionais de saúde (Porter; Ramamurthy; Rogers, 1997; Howard; Thurber, 1998; Wong, 1999)

A dor na criança hospitalizada não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes, atos terapêuticos, doenças e traumatismos. (Batalha, 2010)

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001,p.6) preconiza que *“a dor (...) pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis”*.

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde, sendo a sua avaliação e controlo um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a vivenciam e um acontecimento indispensável à efetiva humanização das unidades de saúde.

Por outro lado, a dor constitui o 5º sinal (DGS, 2003) e tem sido recentemente considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (Organização de Acreditação Hospitalar, JCAHO, 2001).

A área temática do nosso trabalho será a Valorização da Dor na Criança/Adolescente em contexto de Urgência.

Foi à luz desta temática e desta problemática que surgiu a necessidade de compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança/adolescente em contexto de urgência, perante esta inquietação surge a seguinte pergunta de partida: ***“Quais as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência?”***

Da prática, e da prestação directa de cuidados emergiu este problema, porque uma parte substancial do exercício profissional dos enfermeiros neste contexto de cuidados incide sobre o foco de atenção dor

Assim são objetivos do presente estudo:

- Compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança em contexto de urgência;
- Identificar fatores dificultadores da avaliação da dor da criança/adolescente em contexto de urgência;
- Identificar fatores dificultadores no registo da avaliação da dor da criança/adolescente em contexto de urgência;
- Compreender as dificuldades encontradas na avaliação da dor da criança/adolescente em contexto de urgência;
- Compreender as dificuldades encontradas no registo da avaliação da dor da criança/adolescente em contexto de urgência;
- Contribuir para uma melhor avaliação e registo da dor da criança/adolescente em contexto de urgência.

Relativamente à pertinência do tema em estudo, achamos ser conveniente a sua utilidade pela dificuldade em avaliar, quantificar e tratar a dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Tendo como base estes objetivos está inerente a melhoria dos cuidados que prestamos à criança/adolescente em contexto de urgência sendo que: *“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas”* (Hesbeen, 2001, p.58).

Este trabalho será de carácter qualitativo, exploratório descritivo, procurando responder adequadamente aos objectivos definidos.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes, a primeira parte, dedicada à fase concetual e tem como finalidade dar a conhecer o suporte teórico, alicerce do presente estudo, e descrever a problemática em análise. Neste capítulo de construção de objeto de estudo, pretendemos clarificar o conceito de dor, a sua história, a fisiopatologia, bem como comportamentos de dor na criança, a sua avaliação e os fatores que influenciam as suas experiências.

A segunda parte do trabalho é constituída pela fase metodológica, descreve a problemática em estudo, os seus objetivos, a finalidade e o tipo de estudo. Caracterizamos também o contexto em que é elaborado, os participantes, a metodologia utilizada e respetivo instrumento de colheita de dados, bem como os procedimentos éticos. Segue-se a apresentação, análise e discussão dos resultados. Terminamos com a conclusão, onde evidenciamos os principais resultados e conclusões bem como as suas implicações para a prática clínica e

para a melhoria da prestação de cuidados à criança/adolescente em contexto de urgência.

1- A DOR NA CRIANÇA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“A fase concetual consiste num conjunto de actividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objetivo, das questões ou hipóteses. Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma concepção clara e precisa do problema considerado ” (Fortin, 2006, p.63).

O sistema conceptual tem por objectivo fundamentar e dar visibilidade ao tema em estudo, clarificando assim conceitos e teorias que sustentam o fenómeno em estudo.

1.1- Conceito de Dor

O primeiro registo da palavra dor está descrito em 1297, tendo sido divulgado na Grã-Bretanha no séc. XIV. Na língua inglesa, *dor* é *pain*, com origem na palavra *poena*, que posteriormente evolui para *peine*, *paynee* e finalmente para *pain* (Lemos 2007).

“Aristóteles considerava a dor como uma emoção e não com um fenómeno físico. Na idade média associava-se a dor ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição devida a pecados cometidos. Com Decartes a dor passou a ser entendida como um fenómeno físico a ser eliminado através de técnicas mecânicas. Esta concepção rejeita a participação do Homem na construção da sua dor, a sua dimensão emocional, entendendo-se apenas como um facto puramente sensorial” (Batalha, 2010, p.3).

Batalha (2010) refere que a atenção especial pela dor pediátrica surge em 1977, quando Eland e Anderson constataram diferenças no tratamento da dor entre crianças e adultos em circunstâncias semelhantes.

Um estudo publicado em 2008, realizado no Hospital for Sick Children de Toronto sobre a prevalência da dor nas crianças hospitalizadas mostra que, nas 24h precedentes ao inquérito, apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor, apesar de 64% das crianças entrevistadas relatarem ter tido dor moderada ou intensa.

Tal como o próprio conceito, a necessidade de controlar a dor é provavelmente tão antiga como a própria existência humana. O sentido da dor tem evoluído ao longo dos tempos e reflete a influência contínua das diversas orientações filosóficas (Batalha, 2010).

Um dos marcos mais importantes no estudo da dor foi protagonizado por Melzack e Wall em 1965 com a publicação da “Teoria do Controlo do Portão” e por Perl (1971) e Prodacci (1965) com a “Teoria da Especificidade”. A Teoria do Portão ou “Gate Control Theory” realça a ideia de que a dor é um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo produtor de sensação dolorosa e sustenta que o pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam a perceção da dor, bem como a resposta à mesma.

Para os autores Melzack e Wall (1987) a GCT propõe que estímulos vindos por fibras não nociceptivas e estímulos psicológicos e bioquímicos poderiam abrir ou fechar os portões da medula, ou seja, dependendo da interação entre os sinais vindos da periferia e os sinais dos tratos descendentes do córtex cerebral a informação pode ser conduzida ou inibida.

Segundo MCGrath (1993) citado por Fernandes (2000, p.23): *“tendo em conta a relação entre a dor e lesão, devida à interferência de fatores psicológicos na perceção da dor propõe um modelo que integra o papel desses fatores psicológicos de dor na criança. As crianças variam no género, idade, nível cognitivo, experiência prévia de dor e aprendizagem familiar e cultural. Estas características modelam a forma como a criança interpreta globalmente as várias sensações provocadas pela lesão tecidual, representando fatores relativamente estáveis”*.

Em contrapartida, os fatores situacionais, comportamentais e emocionais variam de forma dinâmica dependendo do contexto. Estes fatores psicológicos exercem influência nos mecanismos de controlo do portão a nível medular e cerebral (Fernandes, 2000).

Quanto aos sinais e manifestações de dor, as crianças, como os adultos, apresentam alterações fisiológicas (sistema cardiovascular, respiratório) e comportamentais face a estímulos dolorosos (Guinsburg,1999). Entre estas alterações fisiológicas: aumento da frequência cardíaca, respiratória e da tensão

arterial, diminuição da saturação de oxigênio, aumento da sudorese, rubor cutâneo, agitação e midríase. Essas alterações são acompanhadas de reações endócrino-metabólicas de stresse, com libertação de hormônios como catecolaminas, cortisol ou precursores e componentes imunológicos ligados ao processo inflamatório.

A presença dos pais, durante a hospitalização nomeadamente em situações de doença aguda em que muitas vezes recorrem ao serviço de urgência, minimiza o medo e tranquiliza de alguma forma a criança durante alguns dos procedimentos dolorosos nomeadamente punções venosas.

Jorge (2004) defende que a presença e a participação dos pais são o apoio emocional de que as crianças precisam.

Para Brazelton (1990) antever uma situação assustadora ou dolorosa na presença dos pais é tranquilizador.

A Teoria da Especificidade sustenta que a dor tem apenas uma componente reativa que descreve a transmissão de impulsos dolorosos através de fibras especiais até centros cerebrais específicos da dor (Almeida & Almeida, 2006).

Atualmente esta teoria é considerada inadequada, pois com a descoberta dos mecanismos modulatórios, os cientistas admitem que a transmissão da dor seja regulada por mecanismos centrais, mesmo quando a sensação dolorosa está limitada à periferia.

Segundo a IASP citado por Batalha (2010 p.3), a dor é: *“ uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dores reais ou eventuais dos tecidos moles ou descrita em termos desses danos”*.

Para Batalha a definição encerra dois conceitos como sendo uma experiência individual e subjetiva e como dor em dois componentes que não se podem separar. O componente sensorial é determinado neurofisiologicamente e o emocional assenta no estudo afectivo nas experiências passadas, e em inúmeros outros fatores como sendo o cultural, espiritual e pessoal.

Não existe uma forma satisfatória para definir dor, uma vez que representa um conjunto de fenómenos, com determinados objetivos que diferem de pessoa para pessoa, depende do contexto em que ocorre e que se caracteriza por um diverso nº de critérios.

A dor é subjetiva; cada individuo aprende a descrevê-la pessoalmente, baseando-se em experiências prévias. Esta definição exprime assim o conceito de que a dor compartilha a participação de mecanismos relacionados com aspetos discriminativos, as emoções e o simbolismo das sensações. Este conceito, entretanto, é inapropriado, uma vez que não se aplica a crianças na fase pré-verbal,

a indivíduos com transtornos cognitivos e a outras situações particulares (Teixeira, 2006).

Para a APED (2010) dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; a dor é um fenómeno subjetivo, cada pessoa sente a dor à sua maneira (a minha dor só eu sei).

Para Metzger e colaboradores (2002, p.24) *“uma dor aguda decorre sempre de uma lesão tecidual e é a manifestação do estímulo nociceptivo que essa lesão provoca”*.

A dor aguda sinaliza a ocorrência de lesão, e portanto, apresenta valor biológico fundamental de defesa que alerta para a ocorrência de lesão tecidual em vias de se instalar ou já instalada, induzindo no indivíduo defesa, fuga ou remoção do agente causal (Teixeira 2006).

O PNLD estabelece que *“o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”* (DGS,2008,p.5).

Para Martins e Travanca (2003,p.23') *“É uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular”*.

Já para McCaffery (1968), uma enfermeira norte-americana especialista em dor definia-a como *“a experiência que a pessoa diz que tem e que existe onde e como ela diz”*. Esta definição enfatiza a subjetividade do fenómeno doloroso, elegendo o doente como autoridade para avaliar a dor que sente.

Segundo esta mesma autora e já no ano de 1992 a dor é uma experiência humana universal e o motivo mais frequente para a procura e a solicitação de cuidados de saúde.

Segundo McCaffery (1992) o alívio da dor é uma preocupação da humanidade desde o princípio dos tempos, mas para os profissionais de saúde só há pouco tempo é que fizeram alguns esforços na investigação para o alívio da dor.

“A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura dos serviços de saúde por parte da população em geral” (DGS, 2008, p.1).

“A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do individuo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como principal função a deteção de estímulos lesivos ou

potencialmente lesivos, por forma a desencadear respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura”(DGS, 2008,p.5).

“O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2008,p.9).

A dor, sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário (OE, 2008).

“A dor é um fenómeno multidimensional que abrange estimulação física, mudanças autonômicas e fisiologia sensória. Possui uma diversidade de fatores etiológicos implicados, podendo ocorrer como resultado de uma doença crónica, de transtornos físicos e psicológicos ou ainda apresentar uma causa desconhecida”(Melzack; Wall 1989).

Na criança, o conceito de dor é cercado por grande variedade de mitos, que interferem, directamente na prática clínica, visto que a dor nesta faixa etária é subestimada por muitos profissionais de saúde (Porter, Ramamurthy; Rogers, 1997; Howard; Thurder, 1998; Wong, 1999).

De entre tais mitos podemos citar:

- Os Recém-nascidos não sentem a dor com a mesma intensidade que os lactentes maiores ou crianças, dada a mielinização incompleta de nervos periféricos e sistema nervosos central;
- Crianças não têm memória para a dor;
- Existe uma correta quantidade de dor para cada lesão;
- Crianças não têm o mesmo tipo de dor severa ou crónica como o adulto;
- Crianças apresentam facilmente adição e dependência a analgésicos opioides.
- Administração de analgésicos opioides causa facilmente depressão respiratória nas crianças.

Segundo Wong (2006), a dor das crianças é subtratada devido a uma série de razões complexas e interrelacionais, incluindo conceitos profissionais errados acerca do conceito de dor.

Aliados a estes fatores que dificultam tanto a avaliação como o controle e o tratamento da dor na criança, acrescentam-se a falta de limitação de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o mecanismo da dor, os métodos de avaliação e a carência de uma técnica universal da avaliação (Shechter, 1989, pág.381-394).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a dor é a *"percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite"*(ICN, 2011).

A dor aguda é um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo. As reações que ela desencadeia possuem efeitos benéficos mas também efeitos prejudiciais (Metzeger, 2002).

Estudos recentes na Austrália demonstram que o score de dor atribuído à criança é menor do que a que ela verbaliza ou que os pais que acompanham segundo (David Taylor [et al] 2009).

A manifestação e verbalização da dor não é igual nas diferentes faixas etárias. Estudos no Canadá referem que a avaliação por parte dos enfermeiros faz-se com maior facilidade nas crianças que verbalizam a dor e a reconhecem na escala analógica visual e escala de faces (Huguet A., 2009).

A dor é pois e segundo Guyton & Hall (2006), um fenómeno sensorial, expresso por uma comoção desagradável, que informa acerca de uma lesão tecidual e que vai permitir que o individuo reaja para remover ou eliminar o estímulo doloroso actuando no sentido de sua defesa. É um sentimento desaprazível que pode surgir com intensidade variável, como resultado de doença ou distúrbio emocional. É pois uma experiência subjetiva, mencionada geralmente de modo a impelir uma causa orgânica na sua origem, embora possa ser comprovado ou não. Os fatores sociopsicológicos são de extrema importância no contexto da dor, devido ao envolvimento emocional presente em todas as experiências dolorosas (Lemos, 2007).

São diversos os conceitos de dor perante os vários autores sendo notória a evolução deste conceito consoante o tempo, contudo a dor continuará a ser sempre uma experiência pessoal, única de cada individuo, que é influenciada pelas vivências prévias de cada um, mediante a cultura de cada um e até pela personalidade da cada ser humano. Todo o ser humano reage de maneira diferente

à dor emergindo assim o cariz multidimensional da dor, o que por si só justifica a dificuldade na abordagem desta temática.

1.2-Fisiopatologia da Dor

“Os mecanismos básicos de percepção da dor são idênticos entre crianças e adultos, apenas com algumas exceções ao nível da maturidade neurofisiológica e cognitiva. A sensibilidade dolorosa, ao contrário de outras sensações, caracteriza-se por uma grande variabilidade de expressões de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa, de acordo com as circunstâncias” (Batalha,2010,p.9).

A compreensão do desenvolvimento fisiológico e farmacológico do sistema nervoso é peça fundamental para a adequada avaliação da dor e seu tratamento em pediatria (Silva, 2006).

As experiências dolorosas resultam de um conjunto de eventos envolvendo o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central (Silva, 2006).

“A clássica via de condução da dor, constituída por 3 ordens de neurónios, ligando em sequência os tecidos periféricos à espinal medula, desta ao tálamo e finalmente do tálamo ao córtex sensitivo se bem que adequada pedagogicamente, é demasiado simplista para a compreensão de todo o fenómeno” (Batalha, 2010, p.9).

Tanto o sistema nervoso central como o sistema nervoso periférico estão envolvidos na sensação de dor. A dor é um sinal de aviso para evitar a lesão. Com frequência, a resposta à dor é reflexiva (Kazanowski & Laccetti , 2005).

O sistema nervoso central promove portanto a mediação de outras respostas. Células nervosas especializadas, chamadas nociceptores, são recetores sensoriais localizados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Essas células nervosas respondem ao estímulo provocado por lesão térmica, mecânica ou química.

A resposta consiste na liberação de mediadores químicos como as prostaglandinas. Os mediadores químicos fazem com que o nociceptor seja estimulado, transportando assim o impulso doloroso até à medula espinal. Esses impulsos deslocam-se ao longo de fibras nervosas aferentes designadas por fibras A-Delta mielinizadas, ou fibras C desmielinizadas (Kazanowsky & Laccetti, 2005).

A teoria do portão para controle da dor defende que a dor não é transmitida diretamente da medula espinhal para o sistema nervoso central. Uma estrutura nervosa complexa nos cornos dorsais da medula espinhal pode inibir a transmissão da mensagem dolorosa até ao cérebro. Esses portões operam por meio de vários neurotransmissores, inclusive substância P e somatostatina. A não transmissão até ao cérebro impede o reconhecimento da sensação de dor. A lesão é respondida reflexivamente, e a origem do estímulo desagradável é eliminada. O estímulo apenas se transformará em dor, se for percebido no cérebro (Kazanowsky & Laccetti, 2005, p.5 e 6).

A informação sensitiva proveniente de diversas áreas no interior do corpo pode convergir nos neurónios espinhais. Essa convergência é responsável pela sensação de dor referida, a mesma que é percebida em uma parte do corpo diferente daquela onde teve origem a lesão ou estímulo. Com a utilização dos portões nos cornos dorsais espinhais, são utilizados diversos métodos para “fechamento do portão” aos estímulos dolorosos, com o objectivo de aliviar ou impedir a dor (Kazanowsky & Laccetti, 2005).

É pertinente realçar que são distintos os conceitos de nocicepção e dor.” *A dor é a sensação ou a percepção de sensações tão diversas como irritação, inflamação, fisgada, ardência, latejo ou sensações insuportáveis que surgem de uma parte do corpo, e a nocicepção é o processo sensorial que fornece os sinais que desencadeiam a experiência de dor” (Bear, Connors, & Paradiso, 2008,p.408).*

1.3-Comportamentos de Dor na Criança

O tratamento da dor nas crianças é eticamente exigível. Nestes grupos etários as expressões de dor são muitas vezes erradamente atribuídas a excessivos componentes emocionais, a “mimo”, ou às eventuais ausências dos pais ou à própria hostilidade do ambiente hospitalar (PNLC, 2001).

Experiências dolorosas fazem parte da vida de cada criança. A dor é um propósito importante, servindo como um aviso ou mecanismo de protecção, e as pessoas que são incapazes de sentir dor, muitas vezes sofrem dano tecidual extenso. Entretanto, a dor não aliviada tem uma série de consequências indesejáveis quer físicas quer psicológicas (Twycross, 2008).

A dor aguda é um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo. As reações que ela desencadeia possuem efeitos benéficos (é o caso da contractura muscular que imobiliza o local da lesão) mas também efeitos prejudiciais (tais como a imobilidade que favorece as trombozes ou as infecções brônquicas (Metzer, et al, 2002).

Na criança, a dor aguda, geralmente consequência de acidentes, queimaduras ou procedimentos médicos, está fortemente associada ao medo e à ansiedade e em menor grau à depressão (Barros, 2003).

Segundo a Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé citado por Batalha em 2005, a avaliação da dor engloba duas importantes noções: a identificação de um estado doloroso nos seus mais variados aspetos e a sua quantificação. Para o autor Luís Batalha (2005,p.168) os indicadores comportamentais e fisiológicos mais frequentemente associados à dor são:

1- Comportamentais:

Expressão vocal - relato de dor, grito, choro, choramingo;

Expressão facial - sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contratura e abertura da boca, tremor do queixo, língua tensa ou protusa, olhos fechados, e fossas nasais largas e salientes;

Expressão corporal - agitação membros (agitação, hipertonia e punhos cerrados) prostração, atitude anti-álgica, arqueamento do tronco, localização e proteção da zona dolorosa, resistência física;

Modificações comportamentais: sono agitado com despertar frequente, irritabilidade, inquietude, consolabilidade difícil, agitação ao contacto, diminuição da interacção, indiferença à estimulação, prostração e sucção contínua e exacerbada apenas interrompida pelo choro, agressividade, falta de cooperação;

2- Fisiológicas:

Sinais físicos: alterações dos sinais vitais, cianose, palidez, hipoxia, hipertensão intracraniana, midríase, sudorese;

Alterações endócrino - metabólicas: libertação de hormonas que levam à mobilização de substratos e catabolismo como a libertação de cortisol, adrenalina, noradrenalina, corticoides, aldosterona, glucagon, hormona de crescimento e supressão de insulina e testosterona (Batalha, 2005).

As intervenções de enfermagem só são fundamentadas e válidas quando a avaliação da dor é correctamente efectuada. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2010).

Segundo Batalha (2010) o reconhecimento da dor em crianças com capacidade verbal (a partir dos 18 a 24 meses) não coloca problemas na avaliação, na criança pré-verbal a sua identificação só é possível com recurso a medidas fisiológicas e/ ou comportamentos, o que torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem dela cuida. O conhecimento e reconhecimento das manifestações não-verbais de dor devem ser interpretados pelos profissionais de saúde de forma rápida e confiável.

Dada a incapacidade que os lactentes têm para comunicar e verbalizar a sua dor os parâmetros comportamentais e fisiológicos são os únicos meios para medir e avaliar a dor.

Até há bem pouco tempo era consensual que o RN era incapaz de se lembrar da dor, dada a imaturidade do sistema nervoso (Batalha, 2010).

O nível de desenvolvimento cognitivo é essencial quando se pretende avaliar a dor na criança. A capacidade de adaptação da criança à doença depende da sua idade e do nível de desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo (Barros, 2003).

Por sua vez este mesmo desenvolvimento cognitivo irá determinar a forma como a criança é capaz de interpretar, compreender e construir significações sobre a doença e o tratamento no contexto da sua vida (Barros,2003). Esta mesma capacidade de adaptação à doença obriga a criança a passar sucessivas etapas de mudança.

A sinalização da dor em qualquer estágio de desenvolvimento depende, não apenas do contexto e das características dos estímulos dolorosas, mas também do estágio comportamental e das necessidades cognitivas no período de desenvolvimento (Price,2000).

São vários os autores que definem as faixas etárias e as suas principais características. Para o nosso estudo seleccionamos Piaget porque define os diferentes estádios de desenvolvimento e identifica com clareza os comportamentos que se combinam entre cada um dos estádios no período de transição.

A teoria de Piaget, do desenvolvimento cognitivo, propõe quatro estádios no desenvolvimento do pensamento lógico. Piaget define o desenvolvimento cognitivo a partir de dois mecanismos básicos: a assimilação e a acomodação (Batalha, 2003).

Os estudos realizados por Piaget são amplamente utilizados para compreender o desenvolvimento cognitivo. Na sua perspectiva, a aprendizagem resulta da manipulação activa de objectivos e informação, à qual se segue um processamento mental do acontecimento (Monteiro e Santos, 1993).

Na perspectiva de Mott et al (1990), ocorre desenvolvimento quando os esquemas mentais aumentam em âmbito e complexidade, resumindo-se a dois processos: a assimilação e a acomodação, a assimilação consiste no processo de integrar novas experiências em esquemas pré-existentes. Quando a nova informação não pode ser enquadrada nos esquemas existentes, a criança tem de modificar ou desenvolver novos esquemas, designando-se este processo por acomodação (ap. Stanhope e Lancaster, 1999).

Reações no Estádio Sensório - Motor:

Este período decorre desde o nascimento até aos dois anos de idade e envolve operações em que há permanência do objeto, causalidade e simbolismo. O lactente atravessa progressivas fases, que vão desde a incapacidade de recordar objetos não visíveis, à capacidade de localizar um objeto de que apenas uma parte é visível. Mais tarde o *toddler* aprende a encontrar o objeto escondido, desde que não seja alterada a sua localização. Finalmente, o *toddler* consegue localizar um objeto após uma série de movimentos sem realmente os visualizar, para adquirir a permanência do objeto, e através de progressões semelhantes, emerge o conceito causa-efeito. O lactente passa dos efeitos da descoberta lúdica acidental para mover um brinquedo, a comportamentos mais complexos para provocar acontecimentos. A representação simbólica envolve o progresso de utilizar as mesmas ações para todos os objetos até usar um objeto para representar corretamente outro (*Ibidem*).

Durante o primeiro mês de vida as reações da criança à hospitalização prendem-se com o comprometimento do processo de vinculação e do bem-estar físico e emocional da criança, bem como, com a privação sensorial e motora. Se o bebé tem problemas de saúde, a ajuda à mãe ou figura maternal e família é essencial. Se os problemas de saúde interferem com a sua capacidade de olhar, de agarrar, de mamar ou de chorar, os pais precisam de ser especialmente ajudados a manter o contato com o filho (Jorge, 2004).

Ainda no Estádio Sensório-Motor e no período compreendido entre o primeiro e o segundo ano de vida, podem observar-se as seguintes reações segundo Neltina (2003,p 1276):

- Ansiedade da separação. Nesta fase o relacionamento com a mãe é intenso e caso ocorra uma separação verificam-se reações de protesto, desespero, negação e regressão;
- Perda de autonomia e da independência já adquiridas;
- Sentimento de segurança alterado devido à mudança de ambientes, de rituais e de rotinas diárias;
- Frustração pela restrição da mobilidade. Nesta fase a criança já possui habilidades locomotoras que lhe permitem explorar o ambiente que a rodeia e a privação da locomoção gera na criança sentimentos de frustração.

Reações no Estádio Pré-Operatório:

Neste estágio as crianças são incapazes de separar as histórias e fantasias da realidade. Ele divide-se em dois períodos: pré-conceptual – dos 2 aos 4 anos; e fase intuitiva – dos 4 aos 7 anos. O primeiro é caracterizado por um aumento do simbolismo no brincar e na linguagem. A criança é incapaz de se colocar no lugar do outro e imaginar como o outro pode sentir ou pensar. A criança é muito literal na compreensão das palavras e confunde ocorrências coincidentes com causalidade. Apenas pode lidar com um determinado objeto de cada vez, sendo incapaz de classificações simples ou agrupamentos (*Ibidem*).

Para Eiser (1990), neste período podem reconhecer-se duas etapas na compreensão da causalidade doença: a) fenomenológica: em que a doença é atribuída a uma causa mágica por um único acontecimento sensorial externo a ele ligado; b) contágio: a crença de que os acidentes ou as doenças, ainda que não contagiosas, podem ser contraídas por um agente externo próximo mesmo sem contacto.

Segundo Hockenberry e Winkelstein (2006), o conceito de doença começa durante este estágio e é influenciado pelas capacidades cognitivas que vão sendo adquiridas. A criança relaciona a dor com uma experiência física concreta, pensa em termos de desaparecimento mágico da dor e pode ver a dor como uma punição por atos errados.

Para Eiser (1990), a criança não compreende a irreversibilidade da morte e a experiência da dor ou suas consequências não são compreendidas.

Segundo Neltina (2003,p. 1277) podem observar-se as seguintes reações:

- Medo de lesão corporal e dor;
- Ansiedade da separação;
- Mecanismos de defesa, tais como: repressão, projeção, sublimação, agressão, negação e fantasia;
- Regressão;
- Sensação de perda de controlo por alteração de rotinas e rituais e também pela restrição física que a hospitalização impõe.

Autores como Cypriano e Fisberg (1990) e Coyne (1995) concordam com a ideia de que a separação da mãe é um factor que provoca efeitos adversos no processo de hospitalização infantil nas crianças menores de seis anos de idade.

Reações no Estádio Operatório – Concreto:

Este estágio corresponde ao período dos 7 aos 11 anos. Ele confere novas habilidades, embora apenas relacionadas com a percepção directa da informação. A criança é incapaz de fazer operações mentais que requeiram pensamento abstrato. A compreensão do conceito de relação é evidenciado pela capacidade de classificar objetos segundo as características, ordem e série e perceber que as propriedades dos objetos se mantêm, mesmo se a sua aparência se altera (Stanhope e Lancaster, 1999).

Neste estágio, a criança define doença como uma série de múltiplos sintomas concretos e começa a demonstrar preocupações com os efeitos benéficos e prejudiciais dos procedimentos. Além de querer saber se o procedimento vai causar dor, quer também saber para que serve e que lesão ou dano poderá provocar.

A preocupação com a privacidade torna-se evidente e cada vez mais importante (Hockenberry e Winkelstein, 2006). Karoly (1982), descreve duas fases no conceito de doença: a) Contaminação em que a causa da doença é atribuída ao contacto físico entre algum agente contaminado e a parte exterior do corpo; b) Internalização, a criança começa a perceber que para ter uma infeção, os agentes necessitam de entrar no seu corpo.

Quanto ao desenvolvimento das suas concepções acerca do corpo e do seu interior, distingue os vários órgãos do corpo tornando-se curiosa sobre as suas

funções. É capaz de localizar a dor no interior do corpo, embora com manifestações externas, com progressivas analogias e compreensão das suas implicações. A criança vai compreendendo algumas das causas de morte e sua irreversibilidade (Eiser, 1990).

As reações à hospitalização neste estágio para Neltina (2003,p. 1277) são:

- Regressão;
- Ansiedade da separação;
- Negativismo;
- Depressão;
- Medo (do escuro, dos médicos, da cirurgia, dos procedimentos, da perda de habilidades e funções já adquiridas, da mutilação e da morte);
- Medo de lesão corporal e dor;
- Supressão ou negação dos sintomas.

Reações no Estádio das Operações Formais:

Este estágio corresponde ao período dos 11 aos 16 anos e é caracterizado pelo raciocínio hipotético – dedutivo. Neste estágio surge a capacidade de construir novos pensamentos e ideias a partir de informações prévias e formular hipóteses. O desenvolvimento das operações formais continua ao longo da adolescência até à idade adulta, embora algumas pessoas nunca completem os progressos desta fase (Stanhope e Lancaster, 1999)

Quanto à compreensão do conceito de doença, podem identificar-se segundo Eiser (1990), dois períodos: a) Fisiológico no qual se descreve a doença em termos de causas físicas; b) Psicofisiológico em que já reconhece que as suas próprias ações e os fatores psicológicos podem influenciar a saúde e a doença. Neste estágio a doença é descrita em termos de processos fisiológicos de funcionamento de órgãos, aceitando múltiplas causas para a doença. O adolescente já compreende que a doença pode ser prevenida e curada, de forma realista considera a sua vulnerabilidade à doença, ou estabelece hipóteses que ultrapassam a sua própria realidade. As concepções do corpo vão sendo mais elaboradas. É capaz de descrever a dor e suas implicações físicas, psicológicas e psicossociais, e a capacidade de prever ou antecipar possíveis efeitos, podem levá-lo a queixar-se mais do que a criança.

A compreensão da irreversibilidade da morte como fenómeno universal, a compreensão da responsabilidade social em algumas situações e a tomada de consciência da sua vulnerabilidade podem levá-los a uma maior preocupação. Torna-se possível a compreensão dos procedimentos terapêuticos, sua natureza e função, distinguindo intervenções diagnósticas das terapêuticas (Eiser, 1990).

Para a criança/adolescente que se encontra neste estágio, o desenvolvimento da imagem corporal é de primordial importância. Lesões, dor, incapacidade e morte são vistas principalmente em termos de como cada uma afeta a visão do adolescente sobre si mesmo no momento. Qualquer alteração que o diferencie dos colegas é considerada como uma grande tragédia (Hockenberry e Winkelstein, 2006).

O corpo tem dimensão social (Crespo, 1995) reveste-se de motivação e intencionalidade que se reflete em todas as respostas corporais da pessoa a situações significativas (Benner, Wrubel, 1989). As reações à hospitalização para este estágio segundo (Neltina (2003,p. 1278), são:

- Ansiedade e vergonha relacionadas com a perda de controlo;
- Insegurança quanto ao ambiente estranho;
- Dependência dos pais e da equipa;
- Medo de alteração da imagem corporal;
- Medo de lesão corporal e dor;
- Rejeição dos tratamentos;
- Raiva;
- Negação ou isolamento;
- Depressão.

No quadro nº 1 estão sucintamente representados os estádio de desenvolvimento cognitivo - Jean Piaget (Stanhope e Lancaster, 1999)

Estádio	Idade	Características
Sensório - Motor	Nascimento – 8 meses	Comportamento reflexo intencional
	8-18 meses	Permanência do objecto;
	18-24 meses	Simbolismo; Início da representação mental;

Pré-Operatório	2-7 anos	Auto-conhecimento; Egocentrismo; Simbolismo; Irreversibilidade; Causalidade; Centralidade; Pensamento Mágico;
Operações concretas	7-11 anos	Aprende pela manipulação de objectos; Classificação; Conservação; Egocentrismo; Regulação Interna;
Operações Formais	11 anos - Adolescência	Hipóteses; Considera explicações alternativas para o mesmo fenómeno; Considera estruturas alternativas de referência; Testa hipóteses com raciocínio dedutivo; Sintetiza e integra conceitos de outros esquemas; Trabalha com ideias abstractas; Pensamento futurista e reflexivo;

Jean Piaget in (Stanhope e Lancaster, 1999)

1.4- Avaliação da Dor Pediátrica

Segundo os autores Wilson e Hockenberry (2011) a capacidade de medir a dor em crianças aumentou de forma extraordinária contudo, a avaliação da dor em crianças continua complexa e desafiadora.

“A sensibilização e a formação dos profissionais de saúde são medidas consideradas essenciais para a melhoria dos cuidados à criança com dor e sua família, ao permitirem uma observação rigorosa e crítica dos cuidados prestados e uma análise mais profunda aos resultados das suas intervenções” (Batalha,2010,p.83).

É de primordial importância sensibilizar os profissionais acerca da importância e da necessidade de formação na área da dor e nomeadamente da dor em pediatria. Esta formação passa por focar aspectos como a correcta utilização dos instrumentos de avaliação da dor, mediante uma correcta avaliação, promovemos uma atuação e prestação de qualidade.

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas” (Hesbeen, 2001).

A qualidade dos cuidados mede-se entre, para além de outros indicadores, através da avaliação e tratamento da dor (Batalha, 2007).

“Compreender a gestão da dor no hospital implica compreender os traços estruturais mais salientes do hospital enquanto organização com características distintas de outros tipos de organização, dotada de uma estrutura formal e uma estrutura informal, no seio da qual se movimentam os profissionais, os doentes e suas famílias; implica também, identificar o modelo de produção dos cuidados e as relações que se estabelecem entre os diversos atores” (Fernandes, 2000).

Para Scriven & Paul (1997) citado por Paiva em 2006 a tomada de decisão refere o processo de escolha entre alternativas. As decisões que os enfermeiros tomam podem ser caracterizadas pela sua qualidade e pelo impacto das ações baseadas nas decisões. O processo de tomada de decisão em enfermagem é frequentemente relacionado com o conceito de pensamento crítico, que refere o processo intelectual disciplinado de utilizar hábil ativamente o conhecimento para concetualizar, aplicar, analisar, sintetizar, e ou avaliar dados de informação orientadora de convicção e ação.

Sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos (OE, 2008).

As atividades de documentação dos cuidados de enfermagem, à partida, não refletem uma ação que desperte particular interesse vocacional, numa área de atividade como a dos enfermeiros, cujo ênfase se enquadra no âmbito da relação humana; no entanto, há a consciência, a necessidade e a obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem devido a cinco motivos principais (Paiva, 2006):

- Produzir documentação dos cuidados de enfermagem;
- Possibilitar a avaliação dos cuidados de enfermagem;
- Facilitar a investigação sobre os cuidados;
- Otimizar a gestão dos cuidados;
- Promover a continuidade de cuidados.

O percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional dum lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, o que alarga o leque de aspetos a documentar, quer pelo progressivo alargamento do leque funcional, quer pela necessidade de não circunscrever a documentação à lógica executiva inicial (Paiva, 2006).

A avaliação é fundamental para o controlo da dor. Segundo McCaffery (1999) salienta o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando especial relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é aquilo que a pessoa e que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.

É necessária uma avaliação completa da dor, para que sejam identificadas intervenções apropriadas a cada caso específico (Kasanowsky, 2005).

O controlo da dor começa com a avaliação inicial de enfermagem. A avaliação inicial deve concentrar-se na recolha de dados sobre a dor do doente (Sheehy`s,2001).

Para Carpenito (1983) uma avaliação concentrada consiste na “aquisição de dados específicos ou seleccionados, identificados pelos enfermeiros e pelo utente ou sua família. A avaliação da dor inclui local, natureza, intensidade, início, duração e fatores de agravamento ou de alívio.

A subvalorização e subtratamento da dor infantil estão, evidentemente, relacionadas com a dificuldade em avaliar com alguma objectividade a dor na criança (Barros, 2003).

O Plano Nacional Da Luta Contra a Dor estabelece que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS,2008,p.5).

O controlo da dor, para além de ser um direito da pessoa que sofre, é uma função obrigatória dos profissionais de saúde (DGS, 2003).

No contexto de enfermagem de urgência são muitos os doentes que necessitam de alívio da dor aguda. Os enfermeiros de urgência são chamados a controlar a dor de doentes com necessidades muito específicas. O alívio da dor aguda e do sofrimento deve ser o objectivo primeiro no tratamento de doença, ou lesão dolorosa aguda (Sheeh`y, 2001).

O alívio da dor não é universalmente reconhecido como parte essencial dos cuidados de urgência (Sheeh`y, 2001).

Assim a DGS (2003), institui a dor como 5º Sinal Vital, determinando como norma da boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica, depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

A ordem dos enfermeiros tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, bem como desenvolver, controlar e regular o exercício profissional (OE, 2001,p.16) .

Na prestação de cuidados, os enfermeiros e profissionais de saúde devem ter presente que se devem manter e preservar os direitos das crianças (carta da Criança Hospitalizada, 1988) de entre os quais os seguintes:

“As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”;

“A equipa de saúde dever ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e família”;

“A equipa de saúde dever ser organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança;”(pág.9)

A preocupação com a dor nas crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor na criança reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários (DGS, 2010).

As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma como lidar com stresse (DGS, 2010).

Considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor: (DGS, 2010,p.1)

- Acreditar sempre na criança que refere dor;

- Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) pais /cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação;

A atenção do profissional deve voltar-se primeiramente para o período de tempo de evolução da queixa. A dor de evolução aguda apresenta características bem descritas pela família e pela criança, dada a proximidade do evento (Puccini, 2003).

A complexidade da dor é um dos principais obstáculos à sua avaliação segundo o autor Luís Batalha (2010)

“Existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, com especial incidência na criança pré-verbal, com problemas de desenvolvimento cognitivo e sensorial, com perturbações emocionais, desorientada, entubada, entre outras” (Batalha, 2010,p.26).

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser classificados como aproximações unidimensionais ou multidimensionais, como medidas compostas, constituindo uma subdivisão de medidas multidimensionais que envolvem mais do que um tipo de indicadores (Stevens et al, 2007).

“Na prática clínica são assim usados dois métodos na avaliação da dor: a auto-avaliação (a criança relata a sua própria dor) e a hetero-avaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efetuado por profissionais de saúde pais ou outros)” (Batalha, 2010,p.27).

Em crianças que não verbalizam a sua dor a hetero-avaliação é o único método de avaliação possível. Pode ser utilizada pelo enfermeiro, pelo médico e ou pelos pais através de escalas comportamentais ou compostas, ou ainda pela utilização de instrumentos de auto-avaliação (Batalha,2010).

De entre vários instrumentos de avaliação da dor em pediatria a DGS mediante a norma nº14/2010 recomenda a utilização das seguintes escalas:

Recém-nascidos:

- Edin (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) de referência para as unidades de cuidados intensivos neonatais;
- Nips (Neonatal Infant Pain Scale) Mais utilizada nos prematuros e recém-nascidos de termo;
- Pipp (Premature Infant Pain Profile), com utilidade na avaliação da dor em procedimentos;
- N-Pass (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale) Útil para recém-nascidos em ventilação assistida;

Crianças menores de 4 anos com 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 dos 6 anos:

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

Criança com multideficiência:

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

No serviço de urgência pediátrica do HSMMB, as escalas em utilização são a de Edin, a escala numérica e a escala de faces que passarei a descrever.

Escala de Edin: Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN)(Quadro nº2)

Para Hockenberry (2011) é difícil a avaliação da dor em crianças pré-verbais, sendo que esta deve basear-se em mudanças fisiológicas e mudanças comportamentais.

Quadro nº 2- Escala da Dor de EDIN

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

Fonte: Batalha L., Santos LA, Guimarães H."Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido". Acta Pediatr Port. 2003;34(3):159-63

"Esta escala é amplamente usada em França, onde foi desenvolvida a partir dos indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor dos RN (prematuros e de termo) em unidades de neonatologia. É uma escala

unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação(sociabilidade) e reconforto(consolabilidade)”(Batalha, 2010,p.3).

Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada no RN com mais de 25 semanas de gestação, é usada atualmente até aos três meses de idade. A sua utilização requer normalmente uma hora no mínimo de contato com o RN, embora se aconselhe idealmente com conjunto entre quatro a oito horas (Batalha, 2010).

EN- Escala Numérica:

Metzger et al (2002) descreve que se pede ao doente que atribua um número à dor. Este número está compreendido entre zero e dez, correspondendo o zero à ausência de dor e o 10 à pior dor imaginável. Este tipo de escala avalia de modo dimensional a dor, que é um fenómeno pluridimensional (sensorial, emocional...) o que levanta o problema da validade do conteúdo da resposta. A dor será mais pontuada se o doente for ansioso ou deprimido, se fizer uma análise dramática da dor, da sua causa, da sua persistência (sobretudo se não conhecer o diagnóstico causal), se as suas expectativas quanto aos tratamentos forem negativas e se não tiver confiança no avaliador. Estas escalas dão mais informação sobre a vivência da dor do que sobre a sua intensidade sensorial.

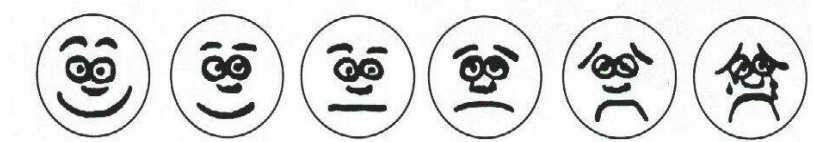
Escala de Faces de Wong Baker:

As escalas de auto-avaliação que usam desenhos animados ou representações ilustradas com gravuras de faces descrevendo os vários graus de dor, são geralmente empregues para dar às crianças elementos visuais para avaliarem a sua dor. A maior parte das crianças, entre os quatro e os sete anos, prefere esta escala por ser de fácil compreensão (Batalha, 2010,p.30).

A Faces Pain Scale - Revised (FSP-R) (Ver imagem nº1) é uma adaptação da FPS (com redução de uma face) e está validada a partir dos quatro anos, sendo atualmente uma das mais utilizadas e recomendadas pela IASP. Apresenta seis faces sem expressões faciais felizes, tristes ou com lágrimas e usa a face neutra para indicar a ausência de dor, desta forma torna-se de mais fácil compreensão para a criança, identificando assim mais facilmente da esquerda para a direita, o fâcies com menos dor até ao que demonstra mais dor, estando assim ausentes expressões como triste ou contente. A sua cotação varia entre zero e dez pontos(0,2,4,6,8,10), e a categorização da intensidade da dor pela ANAES é: sem

dor - face 1 (pontuação 0); dor ligeira – face 2 (pontuação 2);dor moderada – face 3 (pontuação 4); dor intensa – face 4 (pontuação 6); dor muito intensa – face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10)(Batalha, 2010,p.30).

Imagem nº1 – Escala de faces



1.5-Fatores que Influenciam as Experiências de Dor

As investigações na área da dor apoiam a sua concetualização como um fenómeno multidimensional em interação dinâmica, e demonstram que cada pessoa possui uma singularidade própria na sua perceção e resposta, em função de inúmeras variáveis (Batalha, 2010).

“A perceção, resposta, avaliação e tratamento da dor são modificadas por inúmeros fatores que mutua e simultaneamente podem influenciar positiva ou negativamente a experiência de dor na criança” (Batalha,2010,p.17).

A perceção e significado atribuídos à dor são únicos em cada pessoa e não apenas determinados pela maturação, mas influenciados por muitos fatores individuais e contextuais.

Os métodos disponíveis para avaliar a dor, não incorporam adequadamente os aspetos que influenciam a dor. Desta forma nós como profissionais de saúde deveremos estar informados sobre como de que forma a perceção da dor pode ser influenciada por estes fatores.

Para Batalha, 2007, as investigações feitas na área da dor apoiam a sua concetualização como um fenómeno multidimensional. A perceção, resposta, avaliação e tratamento da dor são alteradas e modificadas por fatores biológicos, cognitivos, psicológicos e sócio - culturais que simultaneamente podem influenciar negativa ou positivamente as experiências de dor na criança.

Fatores Biológicos:

- Genéticos: determinam o tipo de neurotransmissores e recetores;

- Género: diferenças nas resposta à dor nos lactentes e crianças de ambos os sexos;
- Maturação neurológica: influencia o processamento e modulação do impulso doloroso no sistema nervoso;
- Experiência dolorosa: alterações no processamento do sinal doloroso baseado nas experiências prévias;

Fatores cognitivos

- Nível cognitivo: influencia a compreensão das experiências de dor e a capacidade para a descrever;

Fatores Psicológicos:

- Temperamento: personalidades “difíceis” podem expressar comportamentos negativos em maior quantidade quando sofrem dor. Os tipos de personalidade mais “fáceis”, podem expressar comportamentos menos negativos o que leva a subestimação da dor;
- Significado de dor: interpretação positiva pode levar a que uma criança sinta menos dor do que uma interpretação negativa;
- Perceção do controlo: a falta de controlo leva a uma intensificação da dor percebida;
- Estilo de *Coping* individual: as técnicas de *coping* prévias (com ou sem sucesso) influenciam a resposta à dor; algumas crianças concentram-se na dor e outras preferem ser distraídas;
- Ganhos secundários: Algumas crianças concentram-se na dor e outras tiram partido das experiências dolorosas repetidas;

Fatores socioculturais

- Pais: as reações dos pais à dor da criança influenciam a perceção e reação da criança à dor;
- Cultura: transmite comportamentos habituais, incluindo a reação e comunicação da dor.

Adaptado de Franck LS,, Greenberg CS, Stevens B. “Pain assessment in infants and children”. *Pediatr clin North Am.* 2000;47(3):487-512, Batalha (2010,p.22)

Para os profissionais de saúde melhor avaliarem e planearem estratégias de tratamento eficazes é necessário e importante conhecer o modo como a dor na criança pode ser influenciada. (Batalha, 2010)

1.6- Tratamento da Dor em Pediatria

A tradicional insuficiência no tratamento da dor resultou de ideias preconcebidas tais como a subjetividade da dor, a imaturidade do SNC e a noção de que a administração de opiáceos pode causar depressão respiratória e dependência (Vidal, Calderón, Martinez, Gonzalez, & Torres, 2005).

“Avaliar e tratar a dor é uma competência e uma obrigação inerente às funções dos profissionais de saúde. Por isso, são indicadores de qualidade de cuidados, e como tal, integrados nas agências de acreditação dos Serviços de saúde como a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations entre outras” (Batalha, 2010,p.47)

Para o efeito podem ser usadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas de acordo com a circunstância, devendo contudo, ser avaliadas, no sentido de certificar a efetividade do tratamento administrado. Convém realçar que é sempre de considerar as intervenções farmacológicas nos casos de ser moderada a severa, bem como em determinados procedimentos passíveis de causarem dor como são o pós-operatório, a colocação de drenos torácicos, a ventilação mecânica, a colocação de cateteres centrais. Nas dores ligeiras devem ser utilizadas intervenções não farmacológicas (Tamez & Silva, 2009; Gasparido, Linhares, & Martinez, 2005).

“Independentemente da variedade de fatores que possa influenciar a prestação de cuidados à criança com dor e sua família, os profissionais de saúde devem orientar os cuidados por uma filosofia que tenha como princípios” (Batalha, 2010,p.47):

- ◆ *Escutar e acreditar nas crianças;*
- ◆ *Ter a criança e sua família como parceiros ativos nos cuidados;*
- ◆ *Centrar-se nos cuidados na família;*
- ◆ *Prestar cuidados individualizados e holísticos;*
- ◆ *Colaborar com outros profissionais de saúde com formação;*
- ◆ *Organizar o contexto de trabalho para um tratamento eficaz.*

Estabelecer uma relação de confiança com a criança/adolescente e família em contexto de urgência e no primeiro contato, serve como fio condutor para melhor se identificar o estado doloroso da criança

1.6.1-Tratamento Farmacológico

“O tratamento farmacológico da dor em Pediatria sofreu um grande desenvolvimento nos últimos anos, tendo os profissionais de saúde a prevenção da dor como finalidade terapêutica” (Batalha, 2010,p.49).

A prevenção e tratamento da dor devem envolver toda a equipa de saúde onde se incluem necessariamente crianças e pais, contudo é responsabilidade e cabe aos profissionais de saúde a eficácia do tratamento farmacológico. Para Batalha (2010) e segundo a OMS, no controlo da dor são usados fármacos não opióides, opióides, os adjuvantes e anestésicos locais. (Ver quadro nº3)

Hockenberry (2011) refere que os opióides e medicamentos anti-inflamatórios não esteróides são os indicados para o tratamento da dor leve a moderada e os opioides são necessários para o tratamento da dor grave.

Quadro nº 3-Classificação de analgésicos segundo a OMS

Degrau I	Não opióides	Ácido acetilsalicílico Paracetamol AINE
Degrau II	Opióides fracos	Codeína, tramadol, nalbufina, buprenorfina, dextropropoxifeno oxicodona
Degrau III	Opióides fortes	Morfina Fentanil Meperidina Hidromorfona

Adaptado de Agence Nationale d`Acreditation et d `Evaluation en Santé. Paris: ANAES; 2000 (Batalha, 2010).

“A indicação para o tratamento farmacológico da dor depende da intensidade da dor sentida pela criança” (Batalha, 2010,p.51):

- ◆ *Dor ligeira: analgésico de grau I*
- ◆ *Dor moderada: analgésico de grau I ou II*
- ◆ *Dor intensa: analgésico de grau II ou III*
- ◆ *Dor muito intensa: analgésico de grau III”*

O tratamento precoce da dor é considerado muito mais seguro e eficaz que o tardio.

“A escolha da via de administração dos fármacos depende da eficácia do tratamento, condição clínica da criança e formas psicológicas. A utilização da via oral é preferível, sempre que possível, pela vantagem de ser indolor e de fácil administração” (Batalha, 2010,p.52).

Para este autor (2010), o tratamento da dor deve manter-se até que esta esteja ausente.

1.6.2- Tratamento Não Farmacológico

As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. Autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (REPE, 1996).

As intervenções não farmacológicas estão indicadas como adjuvantes às intervenções farmacológicas ou como seus substitutos quando apresentam efeitos adversos ou impossibilidade do uso das vias de aplicação apropriadas (Teixeira & Filho, 2006).

Segundo Batalha (2010,p.66) “Para além de técnicas específicas, conhecidas para a prevenção e tratamento da dor, os profissionais de saúde devem respeitar alguns princípios que garantem os direitos da criança e sua família e são igualmente úteis no controlo da dor”, tais como:

- Identificar as experiências anteriores de dor e métodos usados no seu alívio;
- Negociar a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança;

- Informar de forma simples, exata e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança;
- Ensinar os pais e criança a enfrentarem os procedimentos dolorosos;
- Ser honesto;
- Permanecer sempre junto da criança após um acto doloroso;
- Avaliar continuamente a dor como 5º sinal vital;

São várias as estratégias físicas para o tratamento da dor. Manipulação e mudança de posição são duas técnicas de controle da dor (Kazanowsky e Laccetti, 2005).

O toque é uma estratégia simples utilizada nos cuidados porque poderá proporcionar tranquilidade, uma sensação de contacto e envolvimento a facilitar o relaxamento (Laccetti, 2005).

A massagem é outra forma de toque que pode ser suave ou mais vigoroso. A massagem suave promove relaxamento muscular. A massagem é especialmente benéfica para o cliente com dor crónica (Laccetti, 2005).

“O efeito da massagem no alívio da dor explica-se pela remoção dos produtos de degradação celular, e pela estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários” (Batalha, 2010,p.71).

A massagem é uma terapêutica adjuvante que proporciona bem-estar à pessoa, uma vez que o toque manual repetido, reduz a tensão muscular, propicia melhor circulação sanguínea e linfática, melhora a oxigenação local, o que resulta na diminuição da dor. Utilizada como intervenção não farmacológica, a massagem é uma técnica simples que não necessita de equipamento especial, proporciona sensação de bem-estar e diminui a dor, pois produz aumento da produção de endorfinas (Ferreira, Valério & Tibério, 2004).

Para o autor Luís Batalha (2010) a massagem está particularmente ligada em dores músculo-esqueléticas, em queimados e no alívio das cólicas do RN.

As técnicas de distração, têm como principal objetivo desviar a atenção da dor para coisas agradáveis. A musicoterapia e técnica de imaginação guiada são alguns dos exemplos de técnicas de distração usadas no alívio da dor.

“A presença dos pais e a sua participação nos cuidados à criança com dor são aspectos que não podem ser esquecidos em Pediatria. Os pais são o canal de comunicação perfeito para a compreensão, avaliação e tratamento da dor. A esmagadora maioria dos pais prefere estar presente quando os seus filhos são sujeitos a procedimentos médicos ou de enfermagem dolorosos e os filhos desejam a sua presença” (Batalha, 2010,p 71).

Segundo a opinião de vários autores, a presença dos pais é benéfica para a criança durante a sua permanência no hospital nomeadamente durante os procedimentos dolorosos como punções venosas. Na maioria das vezes é notória a redução da ansiedade e do medo quando os pais ou prestadores de cuidados estão presentes, estes por sua vez são fonte de segurança e protecção.

É função do enfermeiro, avaliar a capacidade dos pais para que esta presença seja de qualidade como é referido por Batalha (2010).

Cabe também ao profissional de enfermagem proporcionar um ambiente calmo e favorável para que de alguma forma se reduza ao máximo o stresse e o medo da criança/adolescente. Conforme a literatura, este deve ir de encontro às necessidades da criança família.

2-A VALORIZAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: FATORES DIFICULTADORES NA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objectivo do estudo consiste, em descrever um fenómeno ou em explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos” (Fortin, 2006).

A metodologia adoptada está relacionada com o problema de estudo, com os objectivos definidos e com o contexto da investigação. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), são várias as finalidades da pesquisa em enfermagem, uma delas é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão.

Foi com esta intenção que surgiu a necessidade do presente estudo, melhorar atitudes e melhorar a prestação de cuidados à criança/adolescente com dor em contexto de urgência.

Deste capítulo fazem parte inicialmente a descrição do tipo de estudo e do seu paradigma. Seguidamente descrevemos quais os seus objectivos bem como a finalidade deste estudo. Num outro capítulo definimos o contexto em que foi realizada a investigação bem como a caracterização dos participantes nomeadamente os critérios de inclusão destes na investigação. É dada continuidade neste capítulo apresentando o instrumento de recolha de dados, considerações éticas e a interpretação dos resultados obtidos. Finalmente é efectuada a discussão dos resultados.

2.1- Paradigma de Investigação

Segundo os autores Munhall e Boyd, 1993, citado por Fortin: à investigação qualitativa corresponde o paradigma naturalista ou interpretativo. Este paradigma engloba várias realidades. Cada realidade é baseada nas perceções dos indivíduos e muda com o tempo. O conhecimento desta realidade não tem sentido senão para determinada situação ou para um contexto particular.

Assim a abordagem mais adequada é de carácter qualitativo, descritivo e exploratório.

O nosso estudo será de abordagem qualitativa uma vez que iremos estudar ambientes naturais e tentaremos entender e interpretar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências. Este estudo será realizado no serviço de urgência pediátrica do Hospital Santa Maria Maior Barcelos e permitirá descrever as dificuldades que os enfermeiros sentem na avaliação da dor bem como o grau de valorização que atribuem à dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Fortin (1996) ressalta a diversidade existente entre os trabalhos qualitativos e enumera um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa deste tipo, a saber:

- O ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental;
- Carácter descritivo;
- O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador;
- Enfoque indutivo.

Um dos principais objetivos da investigação qualitativa é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência, é considerar os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio (Fortin, 2009).

Quanto aos objetivos ele será exploratório porque recorreremos já a uma pesquisa prévia de bibliografia referente ao tema que pretendemos estudar e será ao mesmo tempo descritivo porque iremos relatar, descrever e analisar factos sem que se alterem ou manipulem. (Fortin, 2009).

O trabalho será de carácter transversal, porque estuda um fenómeno num determinado período temporal.

2.2 – Objetivos e Finalidade da Investigação

Num estudo ou numa investigação qualitativa, são formuladas uma questão central e subquestões.

É a partir de uma questão que surge a necessidade do que se pretende investigar. *“Uma questão de investigação deve ser enunciada claramente e reportar-se a factos observáveis e verificáveis”* (Fortin, 2009, p.81).

A pergunta de partida deve ser exequível e pertinente, o que convida a uma resposta, para além de ajudar a salientar a ponderação, no tipo de dados fundamentais para a sua concretização (Polit, 2004).

Desta forma e do âmbito da prática profissional em contexto de urgência pediátrica surge como questão principal de investigação: ***“Quais as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência?”***

Da prática e da prestação direta de cuidados em contexto de urgência emerge esta questão principal.

São assim nossos objetivos para este estudo:

- Compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança em contexto de urgência;
- Identificar fatores dificultadores na avaliação da dor à criança/adolescente em contexto de urgência;
- Identificar fatores dificultadores no registo da avaliação da dor à criança/adolescente em contexto de urgência;
- Compreender as dificuldades encontradas na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência;
- Compreender as dificuldades encontradas no registo da avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência;
- Contribuir para uma melhor avaliação e registo da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Tendo como base estes objetivos está inerente a melhoria dos cuidados que prestamos à criança/adolescente em contexto de urgência sendo que em muitas situações as questões de investigação podem ser a expressão direta das

declarações de finalidade, proferidas sob a forma interrogativa no contexto da ação, cujo principal objetivo é a obtenção de novas informações (Polit, 2004).

Surtem então as seguintes questões de investigação:

- Qual a valorização que os enfermeiros do serviço de urgência pediátrica atribuem à dor na criança/adolescente?
- Como é que os enfermeiros fazem a avaliação da dor na criança/adolescente no serviço de urgência?
- Como é que os enfermeiros fazem o registo da dor na criança/adolescente no serviço de urgência?
- Que aspetos identificam como dificultadores na avaliação da dor na criança/adolescente no serviço de urgência?
- Que aspetos identificam como dificultadores no registo da dor na criança/adolescente no serviço de urgência?

Aprofundar conhecimentos sobre dor, nomeadamente sobre avaliação e controlo da dor foram um dos objetivos para a escolha desta temática.

Posteriormente, pretendemos com este estudo melhorar a prestação de cuidados em contexto de urgência à criança/adolescente, nomeadamente na adequada eficácia diagnóstica e sua valorização.

Pretendemos sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de se adquirir formação e de se aumentarem os conhecimentos na área da pediatria nomeadamente na avaliação da dor na criança/adolescente.

2.3 – Contexto e Participantes no Estudo

Os estudos qualitativos por norma usam amostras pequenas. Isto não significa que o investigador não se preocupa com a qualidade das suas amostras, mas que usa critérios para a seleção de participantes (Polit, Denise e colaboradores, 2004).

A pesquisa quantitativa focaliza a sua atenção para a mensuração de atributos e relações numa população, daí ser importante que a população escolhida reflita a realidade. O alvo da maioria dos estudos qualitativos é descobrir o significado e revelar realidades múltiplas. O passo mais importante na escolha da

amostragem é a seleção de um cenário com alto potencial de “riqueza de informação”.

Coexistem diversas realidades e a constatação de que há a criação de significado pelas pessoas estudadas, é uma crença relevante para os investigadores qualitativos, os participantes agem ativamente nas interações sociais, de forma a conhecer e a compreender determinados fenómenos de diversas maneiras. A finalidade da pesquisa é pois, proporcionar uma perspetiva da realidade mais significativa para os participantes do que para o investigador (Streubert; Carpenter, 2002).

Por este estudo ter um tempo limitado de realização, constitui-se uma amostra não probabilística através da amostragem por escolha racional. Para Fortin (2009) , a amostragem não probabilística consiste em tratar uma amostra na qual se encontram características conhecidas da população. No que diz respeito à amostragem por escolha racional, os indivíduos correspondem a critérios de inclusão.

O nº de participantes deve ser determinado a partir da necessidade de informação. Sendo assim um princípio orientador na amostra a saturação dos dados, ou seja, amostrar até o ponto em que não é obtida mais informação nova é atingida a redundância. É possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente. Quando o pesquisador realmente obteve a saturação, a adequação da informação foi atingida e a descrição ou teoria é rica e completa (Polit, 2004).

Segundo o autor Guerra (2006), saturação é um fenómeno pelo qual depois de um certo número de entrevistas, o investigador tem a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto de pesquisa.

Foram critérios de inclusão de participação no estudo:

- Ser enfermeiro especialista, graduado ou generalista na prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica;

Assim foram respetivamente dois enfermeiros especialistas, que não em Saúde Infantil e pediatria, sete enfermeiros graduados e um generalista.

As entrevistas foram realizadas no serviço de urgência do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos num gabinete fechado. Durante a realização das mesmas tivemos a perceção de que dentro do horário de trabalho o entrevistado não esteve totalmente à vontade, o que poderá ter condicionado de alguma forma a qualidade das respostas.

A caracterização dos enfermeiros foi realizada de acordo com o género, a idade, o nº de anos de experiência profissional em urgência pediátrica. De salientar

que nenhum elemento participante no estudo possui a especialidade em Saúde Infantil e Pediatria com exceção da investigadora.

A seleção dos participantes do estudo tendo em conta a problemática, os objetivos e a finalidade do mesmo, foi selecionar enfermeiros que estão na prestação de cuidados na urgência pediátrica tendo sido uma amostra intencional (Ver quadro nº4)

Quadro Nº 4- Caraterização dos enfermeiros participantes no estudo

Sexo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de serviço
Feminino	30 anos	Enfermeiro nível 1	8 anos
Feminino	37 anos	Enfermeiro Graduada	17 anos
Feminino	31 anos	Enfermeira nível 1(especializada)	8 anos
Feminino	30 anos	Enfermeira nível 1(especializada)	8 anos
Feminino	47 anos	Enfermeira graduada	25 anos
Feminino	37 anos	Enfermeira graduada	17 anos
Feminino	24 anos	Enfermeira nível 1	1 ano
Masculino	38 anos	Enfermeiro Graduado	16 anos
Masculino	43 anos	Enfermeiro Graduado	22 anos

2.4 – Instrumento de Recolha de Dados

A entrevista é uma das opções de colheita de dados qualitativos, apresentando as seguintes vantagens:

- Proporcionar oportunidade para esclarecer o participante;
- Permitir flexibilidade ao questionar, ao determinar a sequência e ao escolher as palavras apropriadas;
- Permitir maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não verbal do participante;

A entrevista pode ser do tipo formal ou informal. A entrevista formal baseia-se num plano determinado de ação e é utilizada quando se deseja obter informações em profundidade. As entrevistas formais podem ser estruturadas ou não-estruturadas.

Na metodologia qualitativa tem um formato específico. A entrevista é pois, um meio de recolha de dados descritivos na linguagem do participante do estudo (Bodgan, Biklen, 1994).

A entrevista estruturada tem a premissa de que, todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas e as diferenças refletirão as diferenças entre os indivíduos. Na entrevista não-estruturada (em profundidade, intensiva), o entrevistador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando o mesmo tipo de perguntas. O objectivo é obter as informações com as próprias palavras dos respondentes, obter descrição das situações e elucidar detalhes (Chenitz & Swanson, 1986).

Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca diretividade por parte daquele. Quivy e Campenhoudt (1995), referem que durante a entrevista instala-se uma verdadeira troca em que o participante exprime as suas perceções de um acontecimento, de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências enquanto que, o investigador tem o papel de facilitar essa expressão, evitar que ela se afaste dos objetivos da investigação, permitindo que o participante aceda a um grau de autenticidade e profundidade.

Para Fortin (2006) a entrevista consiste numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilhar um saber experienciado e isto, para melhor compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas.

A entrevista é o método de colheita de dados nas investigações qualitativas nomeadamente nos estudos exploratórios descritivos São três as principais funções da entrevista (Fortin,1996)

- Examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes;
- Servir como principal instrumento de medida;
- Servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados.

As entrevistas abertas possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência acerca do assunto que se está a estudar (Carpenter, 2002).

Normalmente realiza-se face a face, e é boa prática entrevistar no momento e no local mais adequado para o entrevistado (Carpenter, 2002).

Segundo Ghiglione e Matalon (1992), a entrevista permite explorar os conhecimentos subjetivos, as opiniões e as crenças dos indivíduos. Assim, com a entrevista pretendemos ter acesso a um conjunto de informações necessárias ao estudo de algumas unidades de análise previamente definidas.

O entrevistador não tem somente o papel de colocar questões mas tem também responsabilidade na qualidade das respostas.

Uma das desvantagens da entrevista é o tempo requerido e o seu elevado custo por sua vez os dados podem ser difíceis de analisar e codificar.

O instrumento escolhido para a recolha de dados foi a realização de uma entrevista semi-estruturada a dez enfermeiros que reuniram os critérios de inclusão acima referidos .A utilização deste tipo de entrevista levou à realização de um guião de entrevista. (Ver Anexo I- Guião da Entrevista)

A duração da entrevista teve uma média de 30 a 45 minutos por entrevistado e cumpriu com todas as normas éticas (Ver Anexo II- Pedido de Consentimento para a Realização da Entrevista).

Após a realização e gravação em suporte áudio das entrevistas, estas foram transcritas para suporte escrito na íntegra, respeitando-se a linguagem utilizada pelos participantes. Seguidamente procedeu-se à análise de conteúdo de acordo com o padronizado por Laurence Bardin.

Para o autor, análise de conteúdo *“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção /variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 2009 p.44).

2.5- Considerações Éticas

A prática profissional de enfermagem e das disciplinas relacionadas com a saúde, tal como a medicina, enfrentam situações que exigem quotidianamente tomadas de decisão éticas e morais. Os dilemas éticos na nossa prática estão a aumentar a complexidade à medida que a ciência e tecnologia possibilitam a

capacidade de intervenção em modos que nunca se julgaram possíveis (Carpenter, 1999).

No que se refere à investigação, as considerações éticas são de consideração crítica. Os direitos humanos necessitam sempre ser protegidos, portanto linhas gerais têm sido estabelecidas, tais como linhas gerais profissionais (Carpenter, 1999).

A investigação envolve aspetos da atividade humana: comportamentos ou estado de saúde dos indivíduos de todas as idades, modos de vida das famílias, grupos e comunidades, prestação de cuidados, etc. A investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem causar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua própria vida privada (Fortin, 2006).

Previamente à realização e concretização das entrevistas foi pedido consentimento ao conselho de Administração para a sua realização (Ver Anexo III- Consentimento do Conselho de Administração para a Realização do Estudo).

Todos os participantes do estudo foram informados dos objetivos do mesmo, sendo mantido o anonimato. Todos eles puderam expressar livremente o seu consentimento para a participação no estudo.

Previamente à realização da entrevista foi pedido a autorização para a gravação desta e posterior transcrição e análise de conteúdo.

Todos os procedimentos inerentes ao estudo foram realizados no cumprimento rigoroso de todos os princípios éticos nomeadamente a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos profissionais que fizeram parte do estudo.

2.6- Apresentação e Análise dos Dados

O objetivo principal da análise dos dados é organiza-los de tal modo que permitam responder ao problema colocado (Bisquerra, Sarriera, & Martinez, 2004).

Como já foi referido anteriormente, este estudo é do tipo descritivo com recurso à entrevista semi-estruturada.

Com a realização deste estudo pretende-se melhorar a prestação de cuidados à criança/adolescente em contexto de urgência, compreender o grau de valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança/adolescente em contexto de urgência bem como identificar quais os fatores dificultadores manifestados pelos enfermeiros na avaliação, da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Para Bardin (2009) a divisão das componentes das mensagens em categorias não é uma etapa obrigatória da análise de conteúdo. Segundo o mesmo autor, categorização: *é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos*” (Bardin, 2009,p.145).

As categorias, para Bardin, são classes ou rubricas que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, esse agrupamento foi assim efectuado em razão das características comuns desses elementos.

De seguida, no quadro nº5 estão representadas as categorias e subcategorias resultantes da análise efectuada às entrevistas nomeadamente.

Quadro nº5- Referencial da análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Valorização da dor	Identificação do foco dor Avaliação Registo
Manifestação da dor	Comportamentais Fisiológicas
Procedimentos de controlo de dor	Farmacológicos Não farmacológicos
Factores dificultadores na avaliação da dor em contexto de urgência	Subjectividade da dor Conhecimentos Idade da criança Espaço físico Excesso de trabalho Presença dos pais

2.6.1-Valorização da Dor

A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm da dor, que guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários (DGS, 2010).

A circular normativa nº09/DGCG, de 14 de Junho de 2003, equipara a dor a 5º sinal vital e considera como norma de boa prática a avaliação e o registo da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS,2010).

Para Silva (2006) a faixa etária pediátrica sofre vários tipos de experiências dolorosas de carácter agudo resultantes de traumas, procedimentos médicos e ou doenças.

É da responsabilidade do profissional o tratamento da dor na criança no sentido de a resolver ou minimizar. Daí que o primeiro passo seja a sua valorização para que posteriormente o tratamento vá de encontro à sua relevância e importância.

A dor em pediatria é considerada um elemento inerente ao diagnóstico clínico e não apenas um sintoma que merece tratamento. (Silva, 2006)

A dor, por si só e em qualquer grupo etário, é uma situação que requer a máxima atenção e constitui, na sua manifestação aguda, um dos principais motivos de recurso a cuidados de saúde por parte da população em geral (Batalha, 2010)

Tendo sido constatado que os participantes no estudo valorizam a dor, emergiram três sub-categorias que facilitam a análise e que são: identificação do foco dor, avaliação da dor e registo da dor.

2.6.1.1-Identificação do Foco Dor

No primeiro contato com uma criança com dor é necessário ser-se paciente e atento, observá-la de longe e deixá-la ficar ao colo dos pais. Quando a criança estiver familiarizada, será então possível um exame clínico minucioso e aprofundado. A criança pequena não tem capacidade para comunicar a sua dor àqueles que a rodeiam, sendo especial uma boa observação feita por terceiros. A

observação será completada com as perguntas feitas aos pais: características do sono, facilidade em adormecer, distúrbios alimentares (Metzger et al, 2002).

“A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos” (Batalha, 2010,p.23).

A dor é um dos principais motivos de procura de serviços de saúde, como sendo consequência de um traumatismo acidente ou queimadura ou como doença.

Caso seja o motivo principal ou a queixa principal de vinda ao SU na maioria dos casos o seu reconhecimento e identificação é feita na admissão da criança/adolescente no hospital.

É essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos e capacidades para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percebe e decidir pelas intervenções mais apropriadas (Ribeiro, 2007).

No que diz respeito à subcategoria identificação do foco dor, após análise de conteúdo das entrevistas obtiveram-se as seguintes unidades de registo, que passaremos a transcrever.

“...triagem de Manchester na triagem é óbvio que tem de ser naquele momento enquanto se faz a triagem...”(E1).

“..., triagem de Manchester começa logo por aí depois lá dentro depende normalmente temos mais tempo, mais disponibilidade para isso quando as crianças estão internadas em OBS, na parte do atendimento depende se ela verbalizar dor...”(E2).

“...tu avalias a dor quando estás pela 1ª vez com a criança, e que seja no 1º contato que tens com ela, normalmente na triagem de Manchester, que é logo aí...e a partir daí a tua atuação tem em conta o valor que foi dado inicialmente...”(E3).

“...Normalmente a criança está num ambiente calmo num sítio calmo, e normalmente antes de fazer a medicação pergunto qual é a dor.”(E4).

“...na fase da admissão da criança...na triagem de Manchester”(E5).

“...Quando faço triagem de Manchester, aliás a dor é um dos discriminadores obrigatórios em todo o fluxograma portanto logo na fase de admissão da criança é importante começa logo por aí...”(E5).

“...Na urgência é sempre que acho necessário...”(E7).

“...Na triagem de Manchester é logo aí, ao triar ali já nos pergunta por acaso se a criança tem dor e ainda bem e já fica lá o 1ª registo e a partir daí vamos sempre em função disso ir vendo até ao resto do internamento se a criança tem dor, ou se já melhorou da dor ou qualquer coisa.”(E8).

“...Na triagem de Manchester no momento da entrada até porque é um dos elementos pedidos em alguns dos fluxogramas alguns discriminadores exigidos pode ser mesmo o da dor.”(E10).

A identificação do foco dor em contexto de urgência é feita no momento de admissão da criança no serviço de urgência ou seja na triagem de Manchester. Foi referido pelos participantes que a determinação e quantificação da dor na admissão condiciona a nossa atuação perante a criança, caso apresente um valor significativo de dor as nossas intervenções são ativadas mediante o diagnóstico identificado.

2.6.1.2- Avaliação da Dor

Avaliar a dor para o autor Luís Batalha (2010) significa descobrir o significado e a natureza da experiência dolorosa, como sejam o tipo de estímulos que provocam a dor, que fatores é que a agravam, os seus efeitos na vida diária e respostas à dor quer comportamentais quer fisiológicas.

Existem dois métodos de avaliação da dor: por auto-avaliação (o próprio avalia a sua dor) ou por hetero-avaliação (avaliação feita pelo Enfermeiro, Médico, pais ou outra pessoa) A dor ao fazer parte das variáveis subjetivas requer que na sua avaliação se valorize a perceção de quem a experiencia (Batalha, 2005).

Foi referido pelos entrevistados de que a escala que mais utilizam é a de observação, uma vez que visualizam o comportamento e o estado geral da criança.

Escalas de observação são provavelmente as técnicas mais seguras para avaliar a dor, ansiedade, ou perturbação comportamental, na criança. Envolvem a presença de uma pessoa que observa a criança numa situação e período de tempo determinado e regista simplesmente a presença ou ausência de comportamentos-tipo indicadores de dor e ansiedade (Barros, 2003).

A aprovação intrínseca da interação entre a díade cuidador e crianças com dor é um problema de parcialidade do cuidador, na situação das crianças com dor, em que não é o que o paciente diz mas sim o que o cuidador diz. O cuidador como ser individual, também pode fazer diferença, discrepâncias sistemáticas na atribuição da intensidade da dor aparecem em diferentes grupos de cuidadores (Pillai Riddel e Craig, 2004).

A personalidade e a sensibilidade de cada enfermeiro também interfere na avaliação daí que possam existir diferenças perante os diferentes profissionais.

Constatou-se que os enfermeiros utilizam os instrumentos de avaliação da dor embora com algumas dificuldades e limitações dada a subjetividade da mesma

e mediante a idade da criança. Nota-se uma dificuldade acrescida se a criança não verbaliza a sua dor, conforme podemos analisar nas seguintes unidades de registo.

“...Dependendo da idade tanto pode ser necessário perguntar - lhe ou recorrer à utilização de escalas próprias como a régua da dor, a régua das faces,”(E1).

“...Normalmente pela escala do observador depende da idade da criança mas por norma pela escala do observador”(E2).

“...Na criança geralmente é por observação, nunca usei uma escala de avaliação da dor numa criança”(E3).

“...Às vezes é complicado, quando a criança, lactente está mais prostrada normalmente têm-se dificuldade pelo choro, pelo estado, não é?...tem muita dor mas é complicado avaliar na criança, muito complicado...”(E4).

“...Bem, temos lá aquelas escalas da dor mas maioritariamente é pela observação, e como é que é o comportamento da criança.”(E6).

“A avaliação da dor também é muito subjetiva...”(E7).

“...Sinceramente é mais a observação, questiono aquelas crianças que verbalizam a dor”(E6).

“Na maioria das vezes na criança é pela escala do observador”(E7).

“...Eu é assim, eu aqui as nossas escalas que nos obrigam a registar é sempre a numérica, nós temos as escalas das faces que nos dão quando eles não verbalizam tentamos nós fazer associação pela escala das faces e depois transferir para numérica para registar em termos numéricos aqui nos sistema só temos escala numérica”(E8).

“...Já uma vez tive uma menina que me dizia que a dor que tinha era esta e apontou para a escala de faces dor máxima com o menino a chorar eu tenho 8, e então qual é a carinha, é esta tenho muita dor que é esta!!! Mas tu ainda não estás a chorar?? os meninos que têm esta dor têm que chorar muito e ela depois viu ali que estava a cometer uma gafe, também era miúda que vinha de um ambiente deprimido, viu-se que ela estava triste e estava a associar a dor ao menino triste. Mas ela não estava a chorar com dor, portanto temos que estar sempre atentos...”(E8).

“..É assim nos maiorezinhos até posso usar uma escala da dor sei lá numérica nos mais pequenos eu pessoalmente não tenho experiência de usar, as das faces até pode ser mas não tenho experiência de uso por isso como não tenho à vontade não uso, uso geralmente a do observador”(E3).

“...Sempre a escala do observador. Eu sei que existem escalas diferentes mas raramente utilizo uma escala diferente que não a do observador na pediatria quando são miúdos maiores com 10 anos ou em idade escolar podemos perguntar se dói muito se dói pouco e fazer uma avaliação mais objetiva mas na maioria das vezes é a escala do observador”(E7).

“...escalas de avaliação de dor que se poderemos escolher mediante a idade da criança e normalmente são essas escalas que nos validam a avaliação que nós fazemos”(E9).

“...A escala do observador, a numérica, a de faces, esta - me a falhar uma... a de Edin...”(E9).

“...Se calhar é mais importante sensibilizar as pessoas par as utilizar, mudá- las não.”(E2).

“...É assim em termos muito práticos utilizando as escalas de dor...”(E10).

“...E que são: se a criança for a partir da idade escolar será a mesma escala que uso para os adultos a escala numérica ou então até será mais a mistura entre duas escalas a escala numérica e a escala do observador numa criança pequenina nas crianças de meses uso uma escala do observador com algumas adaptações que eu faço pessoalmente confesso que não me sinto completamente à vontade completamente capaz para a utilizar, sinto que não tenho experiência suficiente para aplicar com a mesma facilidade a mesma garantia de boa execução numa escala de avaliação de dor numa criança com idade escolar ou num lactente por exemplo não tenho”(E10).

“...É complicado... eu não tenho é uma certeza absoluta se nós conseguimos fazer uma avaliação o mais correta possível da dor nas diferentes crianças nas diferentes idades, eu acredito até falo por experiência própria que terei relativa facilidade em avaliar a dor numa criança de sete anos e terei uma dificuldade maior ou muito maior em avaliar a dor numa criança de sete meses mas a valorização que eu faço da dor é igual para as duas eu não tenho é no meu caso concreto a mesma competência para fazer a avaliação dependendo da idade das crianças”(E10).

De um modo geral os enfermeiros da urgência pediátrica avaliam a dor, embora se note dificuldade na sua quantificação uma vez que o fator idade influencia a própria avaliação. Perante crianças que não verbalizam a dor, essa dificuldade fica agravada sendo por isso necessário recorrer à observação comportamental e de parâmetros fisiológicos.

Foi reconhecido pelos participantes a dificuldade existente na execução e avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Reconhecer que a criança tem dor sem o uso dos instrumentos objetivos de avaliação não é seguramente muito científico.

A escolha das escalas de avaliação da dor, depende do tipo de dor, da idade da criança, e situação clínica para as quais foram validadas.

A maioria dos participantes avalia a dor na criança com recurso à observação, e ao comportamento da criança e coma informação que os pais ou acompanhantes da criança possam fornecer. Referem que estes são aspetos como sendo significativos e válidos para quantificarem a dor nas crianças que não verbalizam dor.

2.6.1.3-Registo da Dor

Os métodos que os profissionais utilizam habitualmente para comunicar entre si a dor dificultam o seu tratamento. Comunicar que uma criança tem dor, pode não significar a mesma coisa para diferentes profissionais (Batalha, 2010).

Segundo o mesmo autor, o facto de se de definiram corretamente as intervenções, avaliando a sua eficácia exige uma medição da dor.

O registo da dor deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor na criança, uma vez que na maioria das escalas avalia a intensidade da dor (DGS, 2010).

O facto de não se valorizar a dor e por sua vez não se efetuar uma correta avaliação da mesma condiciona o seu registo e portanto a sua reavaliação e a eficácia das intervenções de enfermagem.

Consideramos que após a avaliação o seu registo deve ser sempre efetuado, obedecendo assim às normas de boa prática. Seguidamente apresentaremos as unidades de registo relativamente ao registo da dor.

“...Utilizando neste momento o sistema implementado no serviço que também depende da idade mas que por norma utilizo a escala numérica e faço o registo no sape”(E1).

“...Em termos de registo? Normalmente no processo de enfermagem na avaliação da dor nas intervenções que avaliam a dor...”(E2).

“...Em suporte informático que é o que temos no aplicativo SAPE.”(E3).

“...O registo é feito informaticamente por a escala e tem a ver com uma intervenção que foi, um problema que foi identificado, e tem uma intervenção tipo monitorizar de x em x horas e registo numericamente no computador”(E3).

“...Através da escala, da resposta, faço registo consoante o que a criança refere não é? no computador depois de levantar o foco e as suas intervenções”(E4).

“Na urgência é no sape, ou em notas livres quando não temos o processo elaborado em notas livres no SAPE.”(E7).

“...depois no sape em contexto de urgência e urgência perfil de urgência fazemos muitas vezes notas livres porque o SAPE não se adapta muito ao serviço de urgência, em OBS é diferente”(E7).

“Ora bem, a forma de eu documentar a dor é no fundo é temos que abrir o fenómeno dor, abrir a ação e registar se a dor é do momento ou se melhorou ou aumentou. Tem que ser através disso ou então em notas de enfermagem se não tiver outra oportunidade”(E8).

“...Quando não está presente raramente se regista o que também não está bem, não está bem, se é 5º sinal vital, tem que ter lá um valor é sempre possível registar-se, é como as tensões o pulso, a FC, se estão normais têm lá um valor registado”(E7).

“Normalmente em contexto de sape já esta contemplada a avaliação com escalas de dor não é e nós podemos acionar essa intervenção com horário em SOS fazemos essa avaliação no sape essencialmente aí”(E9).

“Documento a dor, da mesma forma que documento os outros sinais vitais no processo de enfermagem se utilizar uma escala numérica do sape sim no mesmo sistema de informação que utilizo para qualquer outro”(E10).

Em termos de registo de avaliação da dor em contexto de urgência foi referido que os registos são elaborados em suporte informático no aplicativo SAPE na maioria das vezes em texto livre. Em regime de OBS os registos são elaborados de acordo com o processo de enfermagem, é diagnosticado o foco dor e é atribuído um horário às intervenções de enfermagem.

A data de realização das entrevistas no serviço de urgência, coincidiu com a fase de implementação do aplicativo SAPE notando-se alguma dificuldade na sua aplicação em contexto de urgência, daí que nessa fase de implementação, a elaboração dos registos poderia não ser a mais adequada.

2.6.2-Manifestações da Dor na Criança

As alterações comportamentais que estão mais frequentemente relacionadas com a dor neonatal são, o choro, a mímica facial, os movimentos de

flexão e extensão dos membros, aumento do tónus muscular, rigidez torácica, indisponibilidade para o contacto visual e auditivo, alterações dos padrões alimentares e a relação pais-filhos (Walden, Jorgensen, 2007).

“Atualmente, admite-se que a resposta comportamental à dor aguda seja bifásica. A primeira fase é caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao stresse (agitação, hipermotricidade dos membros, crispação, choro e gritos) e sinais fisiológicos (elevação da tensão arterial, pulso, frequência respiratória, sudorese”...) (Batalha, 2010,p.23).

A avaliação da dor aguda prolongada depende da observação da atividade comportamental ou das disrupções funcionais durante um período de horas em vez de minutos (Debillon e colaboradores, 2001) (Puchalsky e Hummel, 2002).

As respostas comportamentais à dor são mais específicas e consistentes que os indicadores fisiológicos.

O choro é um indicador comportamental nas crianças (Michellson e colaboradores, 1977; Porter e colaboradores, 1988) que é frequentemente descrito em termos de presença ou ausência (Owens e Todt, 1984) com características temporais, amplitude e/ou tom.

2.6.2.1 - Comportamentais

A avaliação da dor é um pré-requisito essencial para a segurança e a eficácia da sua gestão. Dado que não existe nenhuma uniformização biológica para avaliar a dor em crianças (Warnock e Lander, 2004), é necessário considerar indicadores fisiológicos, bio-comportamentais e comportamentais como marcos substitutos para o auto-relato. Do ponto de vista orgânico, a dor intensa pode causar elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial e a elevação da adrenalina (Barros, 2003).

Para os autores Cardoso e Rolim (2007) o reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende do conhecimento acerca da dor, da sensibilidade e atenção para a perceção desses sinais de dor.

Foi reconhecido pelos participantes no estudo que as crianças manifestam dor através de alterações comportamentais e fisiológicas como podemos ver nas unidades de registo seguintes.

“...A avaliação da dor na criança eu acho que é muito difícil, não é como, a criança a maior parte e claro que atendendo à faixa etária a gente não consegue

definir exactamente qual o grau de dor, não só porque é difícil de compreender a ela própria em qual momento ou em qual grau se inclui como a nós próprios também porque na grande maioria se tem um choro vigoroso tu atribuis em grau elevado”(E1).

“Depende da faixa etária não é? Num RN presumo que se ele estiver muito choroso, um choro muito vigoroso, sem se conseguir consolar pelos pais considero que manifesta dor, nas crianças mais velhinhas que já manifestam verbalmente a sua dor, muitas vezes manifestam espontaneamente, muitas vezes manifestam por intermédio dos pais, outros quando nós lhes perguntamos eles já conseguem dizer se tem dor ou não e localizar a dor e até alguns caracterizam a sua dor”(E5).

“...e como é que é o comportamento da criança”(E6).

“Supostamente se ele está bem, calmo, sossegado, se aquele é o comportamento habitual dele, porque alguém que tem dor inclusive uma criança de certeza que está diferente, manifesta desconforto, um lactente para manifestar desconforto deve ser através do choro, se está inquieto no leito”(E7).

“...a mãe diz nos que o menino não está bem, chora mais, chora menos e então é assim geralmente avaliamos a dor ou damos importância à dor pelo sinal que ela nos dá, ou pelo choro ou pelo aviso da mãe, damos a importância à dor”(E8).

“... chora muito e a criança anda ali a correr a brincar aos saltos, bem se já teve dores neste momento não tem, a gente também pelo que vê, pela escala de faces mesmo sem perguntar a gente vê em que estado está aquela dor. Agora não deixo de não acreditar se doeu em casa, acredito naquele momento é que não posso atribuir uma dor compatível com uma menina por exemplo ou com aquilo que eu observo”(E8).

“...Os dados que eu reúno é: as perguntas à mãe na triagem como é que está a criança, se a criança sem dizer o grau de dor, se chora, se está queixosa, se geme, ou então se está realmente mais parada e está numa posição que não se quer mexer...”(E8).

“...Alguns: o aspeto físico se a criança apresenta palidez, sudorese se apresenta algum mal - estar específico aquelas coisas que só a experiência consegue determinar exatamente o que é aquilo que os enfermeiros habitualmente usam que é: não gosta daquela cara...há aqui qualquer coisa que não está bem não sei definir especificamente o quê mas sinto que há aqui qualquer coisa que não está bem, esses são alguns aspetos subjetivos, quando a criança não verbaliza a dor que eu tento procurar isto falando assim os primeiros do aspeto físico, os outros o choro, a postura da criança, a forma como reage, a forma como interage depois

de estimulado, tudo esses são os fatores que eu tenho que avaliar quando quero saber que grau de dor que terá esta criança quando ela não verbaliza. Que é igual para as crianças que apesar de já falarem, não verbalizarem ou para aqueles que ainda não falam são os tais pequeninos, é isto que eu tenho de procurar não é fácil, não é fácil e ainda por cima é subjetivo, é subjetivo”(E10).

Relativamente às manifestações de dor na criança/adolescente, quer fisiológicas quer comportamentais os elementos entrevistados identificam - nas embora em algumas situações o medo possa ser confundido com o estado doloroso.

A bibliografia diz-nos que a reacção à dor é por si só um comportamento complexo e multifacetado que depende do conceito de dor, das significações atribuídas aos episódios de dor e da experiência anterior da criança. (Barros, 2003)

O facto de um episódio anterior ser mais doloroso e significativo nesse aspecto, já condiciona o comportamento da criança em episódios futuros, pelo que o medo poderá na maioria das vezes ser a causa da alteração do seu comportamento.

Segundo Barros (2003) a partir dos quatro, cinco anos a criança já começa a ser capaz de distinguir sensações diferentes e de verbalizar e representar a dor e o medo.

O choro, a presença dos pais e a informação que eles possam dar são aspectos que de alguma forma auxiliam na identificação do estado doloroso.

2.6.2.2 – *Fisiológicas*

Para Gonçalves, Rebelo e Tavares (2010), os recém-nascidos apresentam respostas a estímulos dolorosos através do aumento de adrenalina, noradrenalina, cortisol e variações nos níveis de beta-endorfina. Estas respostas provam que o recém-nascido é capaz de responder a estímulos dolorosos através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e sistema nervoso autónomo, o que por sua vez se reflete em alterações nos parâmetros fisiológicos.

Para Kopelman e colaboradores (2006) as manifestações fisiológicas refletem alteração dos parâmetros :frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, saturação de oxigénio, pressão intracraniana, sudorese palmar e diminuição do tônus vagal.

Segundo Batalha (2010) estudos realizados para identificar os indicadores de dor mais utilizados pelos profissionais de saúde demonstram que os enfermeiros utilizam preferencialmente variáveis comportamentais, fazendo assim uma

utilização mínima de equipamentos para as variáveis fisiológicas, ao contrário dos médicos que tendem a avaliar mais as variáveis fisiológicas.

2.6.3- Procedimentos de Controlo de Dor

Atualmente reconhece-se que a criança sente dor desde o nascimento, assim com também se valorizam as consequências graves da dor para o seu desenvolvimento e a sua saúde (Barros, 2003).

“Cuidar de uma criança com dor e da sua família passa pela vivência conjunta de uma relação partilhada, cuja presença, disponibilidade, escuta, acompanhamento, autenticidade e confiança mútua facilita o desenvolvimento das potencialidades da criança e família” (Batalha, 2010,p.48).

A prevenção da dor é muito importante, não somente pelos aspectos éticos, mas também pelo potencial de consequências nocivas da exposição repetida do recém-nascido à dor (Aquino e Christoffel, 2010).

2.6.3.1-Procedimentos Farmacológicos

“O tratamento farmacológico da dor em pediatria sofreu um grande desenvolvimento nos últimos anos, tendo os profissionais de saúde a prevenção da dor como finalidade terapêutica” (Batalha, 2010,p.49).

Cabe ao médico, em função do diagnóstico, decidir qual o tratamento (tipo de fármaco, dose, frequência, via de administração e duração do tratamento). O enfermeiro tem a função de preparar e administrar a terapêutica quer em horário fixo ou em SOS bem como avaliar a sua eficácia (Batalha, 2010).

Nas várias entrevistas realizadas os participantes referem o uso e o recurso à terapêutica para alívio da dor na criança como sendo o primeiro tratamento e a abordagem inicial e só numa fase posterior o recurso ao tratamento não-farmacológico. Nas unidades de registo seguintes pode-se confirmar isso mesmo.

“Normalmente a criança está num ambiente calmo num sitio calmo, e normalmente antes de fazer a medicação pergunto qual é a dor”(E6).

“...É, mesmo a administração de analgesia é feita de forma muito intuitiva nunca é baseada em escalas de dor...escalas de dor no fundo é um registo nosso válido mas que nem sempre tem cobertura em termos de analgesia, poderá haver outras formas de nós abordarmos a dor não propriamente terapêuticas, mas

claramente a abordagem da dor tem que ter uma componente terapêutica nós conseguirmos por si só numa atuação não terapêutica conseguirmos controlar a dor, podemos conseguir controlar a forma como a criança lida com a dor, para ajudar, ajuda-se seguramente não é? mas será as duas complementadas”(E7).

“...Quando não há nada prescrito para a dor vamos junto do médico saber o que é que se pode dar para a dor, valoriza - se a dor”(E8).

Foi referido por alguns dos entrevistados que o tratamento farmacológico e o uso de analgesia são métodos de recurso ao tratamento e alívio do estado doloroso. Apenas um faz referência ao uso das técnicas farmacológicas e não-farmacológicas em simultâneo.

2.6.3.2-Procedimentos Não Farmacológicos

As medidas não farmacológicas são estratégias que objetivam principalmente prevenir a intensificação do processo doloroso, a desorganização do recém-nascido, o stresse e a agitação e minimizar as repercussões da dor (Lemos e colaboradores, 2007). São vários os autores que afirmam uma maior eficácia no tratamento da dor quando se associam as duas.

“A prevenção e tratamento da dor passam pela criação de um ambiente de bem-estar para a criança e família. Decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável, e orientada para as necessidades da criança e família, tornam o ambiente mais familiar e tranquilo” (Batalha, 2010,p.74).

No que diz respeito à utilização da massagem e do toque em contexto de urgência nota-se que não é prática habitual da equipa de enfermagem. Talvez o facto de ser uma dor de carácter agudo na maioria das vezes, ou criança vítima de trauma, se coloquem para segundo plano as técnicas não farmacológicas e que o tratamento farmacológico é o de primeira eleição, se bem que ambas se completam e podem e devem ser postas em prática para um melhor tratamento e resolução da dor na criança.

Apenas um elemento participante no estudo faz referência à necessidade e à importância da utilização das técnicas não – farmacológicas juntamente com as farmacológicas no alívio e tratamento da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

“...É, mesmo a administração de analgesia é feita de forma muito intuitiva nunca é baseada em escalas de dor...escalas de dor no fundo é um registo nosso válido mas que nem sempre tem cobertura em termos de analgesia, poderá haver

outras formas de nós abordarmos a dor não propriamente terapêuticas ,mas claramente a abordagem da dor tem que ter uma componente terapêutica”(E7).

No que diz respeito à presença dos pais a opinião dos participantes é de que estes são importantes no acompanhamento da criança/adolescente e que é benéfica a sua presença junto das crianças quando eles são fonte de segurança, protecção e colaboram na prestação de cuidados. Quando se encontram em situação de stresse e em estado de ansiedade cabe ao profissional ponderar a sua presença ou não junto da criança. De uma maneira geral é benéfica a presença dos pais juntos do seus próprios filhos.

O facto de a criança se encontrar em contexto de urgência é por si só o motivo para que o ambiente não seja o mais adequado para uma correta avaliação e intervenção por parte do enfermeiro no tratamento da dor.

2.6.4- Fatores Dificultadores na Avaliação da Dor em Contexto de Urgência

“Uma das causas apontadas para o subtratamento da dor pediátrica tem sido a dificuldade que os profissionais de saúde se deparam na medição da dor” (Batalha, 2010,p.26).

Segundo o mesmo autor a dor é reconhecida como uma experiência individual e subjetiva, sob influência de múltiplos fatores. Por isso alguns poderão dizer que a sua medição é subjetiva portanto, não científica.

Dos participantes nas entrevistas grande maioria refere que existem muitas dificuldades na avaliação e quantificação da dor na criança principalmente nas crianças que não verbalizam a dor, apesar de alguns participantes possuírem anos de experiência profissional na área da urgência pediátrica referem dada a sua especificidade e subjetividade terem muitas dificuldades na avaliação da dor uma vez que em contexto de urgência esta pode ser confundida com medo, ansiedade por episódios anteriores dolorosos, e ansiedade do episódio do momento.

2.6.4.1 - Subjetividade da dor

A subjetividade e a complexidade do fenómeno doloroso têm sido para muitos argumento para considerarem a sua avaliação como não científica. Contudo esta não pode ser posta em causa, pois a dor é por natureza e definição subjetiva. (Raiman,1988 e AAP 2000).

A dor é sempre uma experiência subjetiva e por esta causa, constitui um repto constante para uma completa compreensão do sofrimento do outro. Quando se avalia a dor de um cliente, o conhecimento de que a dor é o que o outro diz ser, é fortemente defendido (Agency for Health Care of Policy & Research, 1992).

O facto de a dor ser algo de subjetivo de se poder medir de facto, mas que essa medição pode ser diferente de enfermeiro para enfermeiro, torna a sua avaliação difícil. Desta avaliação fazem parte a sensibilidade que cada um apresenta no momento, faz parte a vivência de cada enfermeiro relativamente à dor, e até da predisposição de cada um para efetuar uma avaliação exata da dor.

Existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, com especial incidência na criança pré-verbal, com problemas de desenvolvimento cognitivo e sensorial, com perturbações emocionais, desorientada, entubada, entre outras” (Batalha, 2010,p.26).

O grande desafio na avaliação da dor em crianças pré-verbais é compreender a diferença entre dor e desconforto, no sentido do seu correto diagnóstico (Scochi, Carletti, Nunes, Furtado, & leite, 2005).

Distinguir dor de ansiedade, de irritabilidade e de agitação, provocada por outras causas, não é fácil (Batalha,2010).

Relativamente à subjetividade da dor as unidades de registo são as seguintes.

“...A avaliação da dor também é muito subjetiva...

É sem duvida alguma, até depende da própria sensibilidade”(E7).

“...Tem muita dor mas é complicado avaliar na criança, muito complicado“(E3).

“...A própria idade é um fator que condiciona, mesmo em crianças em adolescência ou pré-adolescência os adolescente comportam - se com algum receio com muita ansiedade associada que os poderá condicionar na definição...”(E9).

“Há um conjunto de fatores que interferem na avaliação da dor o próprio espaço físico pode influenciar na avaliação da dor, a nossa atuação na criança pode influenciar a avaliação da dor”(E9).

“...Tem a parte dos pais que interferem na avaliação que nós fazemos, eu acho que sim ou porque os pais valorizam demais aquilo que os filhos estão a sentir e as crianças se tu lhes perguntares aqueles que tem capacidade para responder se tem dor, têm medo e muitas das vezes dizem que não têm dor só porque têm medo das picas e a Sra enfermeira vai fazer mal e não sei quê...”(E6).

“...É subjetivo sem dúvida, tem a ver com a experiência da pessoa de quem está a avaliar, sem sombra de dúvida, para mim quando alguém me diz que lhe dói muito a cabeça se calhar atribuo mais importância aquela dor de cabeça porque passo por essa experiência e com alguma frequência do que outras pessoas”(E7).

“...Que é igual para as crianças que apesar de já falarem não verbalizarem ou para aqueles que ainda não falam são os tais pequeninos, é isto que eu tenho de procurar não é fácil, não é fácil e ainda por cima é subjetivo, é subjetivo”(E10).

“...porque a dor é subjetiva e é subjetiva também para nós próprios porque a nossa própria personalidade a nossa cultura a nossa forma de ser também influencia a forma como nós olhamos para a dor e portanto se nós olhamos de uma forma diferente de qualquer outro colega para um determinado aspeto neste caso para dor obviamente como ela é subjetiva eu vou certamente deixar que esta minha forma de olhar para as coisas interfira na minha avaliação” (E10).

“...a minha própria personalidade interfere no fundo e o principal é isto no fundo porque estamos a falar de algo subjetivo se é subjetivo está sujeito a que haja variações...”(E10).

“...o mesmo momento, as mesmas circunstâncias mas a subjetividade entra aqui independentemente da escala que possas utilizar por mais apurada que ela seja no fundo isto resume-se tudo a, estou a avaliar algo que é subjetivo”(E10).

A complexidade do fenómeno dor é o principal obstáculo à sua avaliação. Trata-se de objetivar um fenómeno subjetivo, sujeito a uma grande variabilidade individual, na qual a própria pessoa é o seu melhor avaliador (Batalha, 2010).

Foi referido por grande parte dos entrevistados no estudo a dificuldade em avaliar a dor dada a sua subjetividade. Apesar de reconhecerem a existência de instrumentos de avaliação, foi referenciado que os mesmos instrumentos utilizados por pessoas diferentes darão resultados diferentes também. A sensibilidade que cada um tem para a dor, as suas próprias vivências são fatores que interferem na avaliação da dor.

2.6.4.2 - Conhecimentos

A responsabilidade da aquisição e atualização de conhecimentos sobre a dor, deve ser partilhada pela instituição de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (OE, 2008).

Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados

de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1996).

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE, 1996).

No caso específico do nosso estudo não existe nenhum enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria, embora todos os entrevistados estejam na prestação de cuidados no serviço de urgência de pediatria.

Os obstáculos ao adequado tratamento da dor no RN não são totalmente claros, estando, contudo, algumas causas já identificadas que estão relacionadas com o conhecimento insuficiente por parte de alguns profissionais de saúde, sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, prevenção, métodos de avaliação e seu tratamento (Batalha, Santos & Guimarães, 2007).

“O conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde acerca da avaliação da dor e seu valor para a sua prevenção e tratamento influenciam a experiência dolorosa nas crianças” (Batalha, 2010,p.21).

No que diz respeito à formação e aos conhecimentos por parte dos entrevistados terá que haver um maior investimento nesta área na tentativa de melhorar a prestação de cuidados conforme se pode constatar nas unidades de registo seguintes.

“...Pois eu relativamente a isso não tenho muitos conhecimentos não tenho muita formação e se existirão escalas mais que possam de uma forma mais simples se calhar conseguir eliminar essas dificuldades que tenho mas acho que sim é uma das áreas que se deve investir” (E1).

“...Na criança geralmente é por observação, nunca usei uma escala de avaliação da dor numa criança”(E3).

“...Devia haver uma escala mais adaptada com diferentes parâmetros para avaliar cada faixa etária na pediatria não é?”(E4).

“...Devia haver uma escala adaptada a cada faixa etária”(E4).

“...Depende num adolescente é muito mais fácil devia haver uma escala adaptada ao lactente, é muito complicado o choro é a única coisa que nós temos é o choro... Mas pouco sei sobre, esta escala pouco me falaram sobre esta escala”(E4).

“...Se as souber utilizar bem já são instrumentos mais do que úteis.”(E10)

A falta de formação e o deficit de conhecimentos na área da dor e mais especificamente, na dor e sua avaliação na criança, foram aspectos referidos pelos participantes. Em crianças que verbalizam a dor essa avaliação torna-se mais fácil porque é a própria criança que a refere e pelos sinais que ela transmite. Conclui-se que é necessário investir e incentivar os enfermeiros na actualização de conhecimentos

2.6.4.3 - Idade da Criança

“Os lactentes não falam e por isso são incapazes de comunicar a sua dor por palavras. Na falta de auto-relato os indicadores fisiológicos e comportamentais são os únicos ao nosso alcance para a medir” (Batalha, 2010,p.24).

Existem ainda muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, principalmente na criança incapaz de comunicar verbalmente a sua dor. A alternativa nestas circunstâncias é a hetero-avaliação.

Das respostas comportamentais do lactente, a expressão facial tem sido considerada por diversos autores como a medida de avaliação comportamental mais importante (Batalha, 2010).

O facto de a criança não conseguir verbalizar a dor é considerado por vários autores um aspeto que dificulta uma correta avaliação da mesma. Os participantes referem com sendo um aspecto que os impede de efetuarem uma avaliação o mais fidedigna possível, conforme as unidades de registo seguintes.

“...A avaliação da dor na criança eu acho que é muito difícil, não é como, a criança a maior parte e claro que atendendo à faixa etária a gente não consegue definir exactamente qual o grau de dor”(E1).

“...A própria idade é um fator major de constrangimento”(E2).

“...A própria idade é um fator que condiciona, mesmo em crianças em adolescência ou pré-adolescência os adolescente comportam se com algum receio com muita ansiedade associada que os poderá condicionar na definição...”(E9).

“...eu não tenho é uma certeza absoluta se nós conseguimos fazer uma avaliação o mais correta possível da dor nas diferentes crianças nas diferentes idades, eu acredito até falo por experiencia própria que terei relativa facilidade em avaliar a dor numa criança de sete anos e terei uma dificuldade maior ou muito maior em avaliar a dor numa criança de sete meses”(E9).

“...que eu faço pessoalmente confesso que não me sinto completamente á vontade completamente capaz para a utilizar, sinto que não tenho experiência suficiente para aplicar com a mesma facilidade a mesma garantia de boa execução

numa escala de avaliação de dor numa criança com idade escolar ou num lactente por exemplo não tenho”(E10).

Crianças que não verbalizam a dor são fator dificultador na sua avaliação. Se a criança verbaliza o seu estado doloroso auxilia na sua identificação e diagnóstico melhorando assim o seu tratamento e resolução.

2.4.6.4 - Espaço físico

A bibliografia refere que se o ambiente for adequado, acolhedor e calmo, poderá de alguma forma minimizar o medo e a ansiedade da criança, fazendo com ela se sinta à vontade e familiarizada com o espaço.

“...É muito complicado avaliar a dor, lá está quando as crianças estão mais prostradas, também o ambiente não é o mais propício, há mais confusão, num ambiente calmo é mais fácil avaliar a dor”(E4).

“...Há um conjunto de fatores que interferem na avaliação da dor o próprio espaço físico pode influenciar na avaliação da dor, a nossa actuação na criança pode influenciar a avaliação da dor”(E10).

“...contexto de urgência também não é assim muito possível, mas ter mais oportunidade, ter um contato com a criança desenvolver uma relação diferente, às vezes é difícil a criança desenvolver uma relação diferente, às vezes é difícil criar em contexto de urgência. As crianças também estão aqui muito pouco tempo porque acho que a partir se não conseguires estabelecer uma boa relação com a criança tu também te vais apercebendo se a criança está bem, se melhorou se não melhorou, se calhar também tem a ver com o espaço físico que temos, na urgência pediátrica também não nos permite muito isso, tu nunca consegues estar sozinha com uma criança com a mãe ou com o pai, estão sempre outras pessoas à volta e o que condiciona também a tua interpretação do comportamento da criança, se eu pudesse mudava o espaço físico e os recursos. Muitas vezes nos dias de maior afluência tu na urgência não consegues, porque até ficas sozinha ali a trabalhar e és responsável pelo OBS pediatria e com o atendimento geral tentas dar o teu melhor mas tenho perfeita consciência que é difícil”(E6).

“...o ambiente físico as circunstâncias, o ambiente físico no sentido numa sala sozinho com a criança e com os pais, estou numa sala cheia de gente onde estão outras crianças outros familiares estou a fazer determinadas coisas à criança ou não estou a fazer nada estou apenas avaliar a dor, nada mais ou estou a fazer outras coisas simultaneamente tudo isso pode não interfere de certeza na avaliação da dor”(E10).

O facto de a criança se encontrar em serviço de urgência, poderá ser um dos vários aspetos que dificulta a avaliação da dor na criança/adolescente.

Foi referido pelos participantes que os pais tendem a exacerbar a dor dos filhos por se tratar de uma situação de urgência. Também foi referido o contrário, de que eles podem ser o primeiro aviso e o primeiro sinal de que a criança tem dor, porque melhor conhecem as crianças.

2.6.4.5 – Excesso de Trabalho

O excesso de trabalho, o stresse, as condições físicas do próprio serviço foram identificados como sendo fatores que dificultam uma correta e adequada avaliação da dor na criança/adolescente conforme as unidades de registo nos demonstram.

Existem fatores suscetíveis de influenciar o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, sendo que estes podem ser agrupados em fatores contextuais e individuais. Os fatores contextuais podem incluir o contexto ou natureza da atividade, complexidade do problema, características do utente, informações/recursos disponíveis e a intensidade do trabalho (Jesus, 2006).

“...Depende, se eu tiver muito que fazer posso não estar atenta a esses pormenores que me estão a passar despercebidos, estou atenta a coisas que me estão a ser solicitadas, computador, medicamentos dar isto, fazer aquilo...”(E8).

“...o excesso de trabalho também, lá está um conjunto de circunstâncias não é só a interpretação que os pais podem dar de um ou de outro lado que interfere há um conjunto de fatores”(E10).

“...a minha própria predisposição no momento pode influenciar a avaliação da dor acho eu acho não tenho a certeza, influenciar positiva ou negativamente se estou com total disponibilidade para a criança se estou se não estou isso também pode influenciar é isso da disponibilidade se tenho muito trabalho”(E10).

“...nada mais ou estou a fazer outras coisas simultaneamente tudo isso pode não interfere de certeza na avaliação da dor a minha própria predisposição no momento pode influenciar”(E10).

A falta de tempo e o excesso de trabalho foram dois dos aspectos que os entrevistados referiram como sendo dificultadores de uma correta e adequada avaliação da dor. Em determinados momentos, os picos de afluência ao SU pediátrico impedem os enfermeiros de estabelecerem uma relação mais próxima dos pais e da criança para efetuar uma correta avaliação da dor.

2.6.4.6 - Presença dos pais

São vários os autores que reconhecem os benefícios da presença dos pais ou da pessoa significativa junto da criança.

“A elevada ansiedade dos pais associa-se fortemente com o stresse vivido pela criança e com gravidade da dor sentida durante procedimentos dolorosos. A influência dos pais nas expressões de dor das crianças também pode estar relacionada com o seu desempenho. Pais preparados para apoiarem os filhos quando estes estão sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção. Por outro lado as expressões da dor da criança, por se sentirem mais apoiadas” (Batalha,2010,p.21).

“...O que eu acho que é mais difícil numa criança é que ela não consegue exprimir, e nós também não conseguimos muito bem interpretar, aquilo que ela está a sentir e depois tem a parte dos pais que interferem na avaliação que nós fazemos, eu acho que sim ou porque os pais valorizam demais aquilo que os filhos estão a sentir e as crianças se tu lhes perguntares aqueles que tem capacidade para responder se tem dor, têm medo e muitas das vezes dizem que não têm dor só porque têm medo das picas e a Sra enfermeira vai fazer mal e não sei quê...”(E6).

“...Muito! claro que na triagem as mães às vezes mentem, chora muito e a criança anda ali a correr a brincar aos saltos, bem se já teve dores neste momento não tem, a gente também pelo que vê, pela escala de faces mesmo sem perguntar a gente vê em que estado está aquela dor. Agora não deixo de não acreditar se doeu em casa, acredito naquele momento é que não posso atribuir uma dor compatível com uma menina por exemplo ou com aquilo que eu observo”(E8).

“...depende da circunstância podem ter os dois papeis podem facilitar imenso na avaliação da dor na criança porque se eu quero utilizar uma escala do observador ou ate uma mistura das escalas mas especificamente a escala do observador obviamente quem conhece melhor a criança o observa ou melhor interpreta o que observa com muita mais facilidade do que eu portanto nesse sentido os pais podem ajudar podem simultaneamente ou melhor podem também fazer exactamente o contrário influenciar negativamente a minha avaliação da dor, ora isto é podem contribuir para a minha avaliação não ser o mais fidedigna

possível exactamente porque eles podem influenciar os dados, portanto eu acho que nos estamos sujeitos a encontrar um e outro factor os pais que condicionam de forma negativa e os que facilitam sem duvida a avaliação da dor”(E10).

No que diz respeito à presença dos pais, foi reconhecido pelos participantes que a permanência destes junto da criança traz benefícios, uma vez que ela se sente mais calma, mais segura e protegida. Também foi referido de que se os pais não reúnem condições e não são capazes de ser um contributo para minimizar o medo e serem fonte de conforto para a criança uma das alternativas é que não permaneçam junto dela. Nessas condições eles podem ser fonte de ansiedade e medo, sendo que assim e de alguma forma eles poderão não tomar parte na prestação de cuidados se manifestarem vontade nesse sentido.

2.7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa crucial no processo de investigação, que dá significado aos dados mais relevantes, à luz do enquadramento teórico e metodologia utilizada no estudo (Batalha, 2003).

A análise das entrevistas conduziu-nos a uma reflexão crítica sobre as mesmas, identificando assim quatro categorias e respetivas sub-categorias. Nestas condições conseguimos compreender de que forma e qual a valorização que os enfermeiros fazem da dor na criança/adolescente em contexto de urgência bem como quais são os fatores que eles consideram dificultadores na sua identificação, avaliação e registo.

As evidências científicas e a literatura revelam-nos que cada vez mais a dor deve ser minimizada e eticamente tratada para prevenir e evitar repercussões negativas na criança/adolescente.

O seu correto diagnóstico é o primeiro passo para o sucesso das nossas intervenções e da nossa postura na criança/ adolescente com dor no serviço de urgência.

A valorização da dor implica um correto diagnóstico, um controlo adequado da mesma, uma eficaz avaliação e um adequado registo.

Para facilitar a discussão dos resultados seguimos o roteiro que resulta da análise dos objectivos definidos.

Valorização da dor

A criança com dor deve ser inserida num contexto particular e único, em que fatores como o seu estágio de crescimento, entre outros, influenciam a sua percepção dolorosa (Batalha, 2010).

A dor pediátrica foi mais tarde reconhecida e frequentemente ignorada comparativamente com a dor no adulto que desde muito cedo foi valorizada (Barros, 2003). O estudo e compreensão da dor pediátrica contribuíram para a compreensão da importância das emoções na percepção e modulação da dor (Barros, 2003).

A DGS (2003), no uso das suas competências técnico-normativas e depois de consultada a Comissão de Acompanhamento do PNLD, instituiu, através da circular nº09 de 14-06-2003, a “Dor como 5º Sinal Vital”.

A abordagem adequada para o tratamento da dor pediátrica passa pela educação de todos os profissionais de modo a reconhecer a importância de valorizar a dor e controlá-la, tanto pelas suas consequências a curto prazo, como pelas consequências a longo prazo na saúde física e psicológica (Barros, 2003).

A forma como os enfermeiros valorizam a dor em contexto de urgência é evidente na maioria das respostas às entrevistas.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) realça o facto de que se a dor é desvalorizada, é considerado um erro ético e uma falha no exercício profissional.

Existem também elementos que valorizam menos a dor, ou não valorizam, se ela não foi motivo de admissão na urgência.

Foi também referido pelos participantes de que se a dor não é o principal motivo de ida à urgência da criança/adolescente ela tem o mesmo valor que os restantes parâmetros vitais.

Mesmo valorizando adequadamente a dor é frequente não se proceder corretamente, no sentido de a minimizar ou até mesmo tratar.

Apenas um elemento refere que em questões de trauma na criança/adolescente a opção pelo tratamento farmacológico, é mais importante do que a própria avaliação.

De um modo global, a dor é valorizada em contexto de urgência e mediante essa valorização é feita a identificação do foco dor para que melhor se planeiem as intervenções inerentes à sua resolução. Contudo, em contexto de urgência, nem sempre essa identificação é feita corretamente, conforme descrito pelos entrevistados, contudo tenta-se minimizar o estado doloroso ou até eliminá-lo.

Se a dor é valorizada e avaliada em grau muito elevado esta tem prioridade no atendimento. O enfermeiro desempenha um papel muito importante na avaliação e tratamento da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Pode-se assim concluir que o facto de se valorizar a dor não é suficiente para um adequado diagnóstico, controlo, avaliação e tratamento da mesma. É necessário refletir nas nossas práticas e melhorar a tomada de decisão dos enfermeiros perante a criança/adolescente com dor em contexto de urgência.

Identificação do foco dor

Para Batalha(2010) a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo.

O enfermeiro necessita reconhecer o padrão de respostas à dor, isto é, as suas características definidoras. As acções desenvolvidas pelo enfermeiro serão portanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da dor e suas manifestações no cliente (Cardoso, 2007).

O grupo dos entrevistados foi unânime em responder que identifica com relativa facilidade o foco dor uma vez que ele faz parte e é um discriminador do sistema de triagem, no serviço de urgência o aplicativo em utilização é o SAT-Sistema de Apoio à Triagem.

Durante a permanência da criança/adolescente em contexto de urgência essa identificação faz-se com mais dificuldade devido ao excesso de trabalho e à falta de conhecimentos por parte dos profissionais.

O foco dor é identificado no momento de admissão e entrada do SU mas com pouca frequência é registado em contexto de urgência, perfil urgência. Neste momento os participantes referem que em alguns casos os pais tendem a exacerbar um pouco a dor dos filhos e em algumas situações isso não é confirmado pela própria criança, pelo seu fâcies ou pelo seu comportamento.

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 considerado o primeiro passo para o seu correcto tratamento” (Batalha, 2010,p.25).

O facto de a dor poder ser aquilo que cada um diz que é torna-a como que pessoal e diferente de pessoa para pessoa.

A avaliação da dor é hoje considerada a essência dos cuidados, por isso é recomendada pela DGS, para que seja avaliada pelo menos uma vez em cada oito horas quando não documentada. “*Os instrumentos de avaliação devem ser válidos e fiáveis, práticos e com utilidade clínica comprovada, adequados à idade da criança (desenvolvimento psicomotor) tipo de dor e situação clínica*” (Batalha, 2010, p.27).

Relativamente aos dados recolhidos através das unidades de registo, os participantes reconhecem a existência das escalas de avaliação da dor no serviço de urgência pediátrica e a necessidade da sua utilização para uma melhor avaliação, embora refiram que têm mais dificuldade no seu uso em crianças pré-verbais e lactentes. Existem elementos que desconhecem a existência de instrumentos e escalas de avaliação da dor para lactentes.

Na prática diária em contexto de urgência, não é regular e frequente o uso de instrumentos de avaliação da dor na criança. A sua avaliação é feita essencialmente pelo comportamento, pelos sinais visíveis de dor ou por verbalização dos pais ou acompanhantes da criança.

De salientar que a escala que eles referem como sendo a que mais utilizam é a do observador com adaptação para a numérica devido essencialmente ao sistema informático em utilização no serviço de urgência pediátrica.

Registo da dor

Wilson (2000, 2002) revela que as intervenções específicas que melhorem a colaboração enfermeiro-médico e entre enfermeiros ao nível de cuidados da dor devem incluir um período de rotina durante a passagem de turno para os enfermeiros partilharem a sua avaliação da dor na criança, e oportunidades para discutir a coordenação de estratégias de gestão para os procedimentos dolorosos seguintes, que devem ser acordados entre enfermeiros e os médicos, para que se possa dar continuidade aos cuidados à criança com dor.

Analisando o conteúdo das unidades de registo relativas ao registo da dor os participantes referem elaborar os registos no aplicativo SAPE em contexto de urgência, na maioria das vezes em texto livre, sem identificação prévia do foco dor, existem também elementos que fazem o registo posteriormente à identificação do foco e suas intervenções de enfermagem inerentes.

É pertinente referir de que na altura de realização das entrevistas este sistema estava em fase de implementação no serviço de urgência. Reconhecem-se algumas características deste aplicativo, que não se adequam ao serviço de

urgência, pelo que se nota que o registo da dor não é corretamente elaborado com o diagnóstico prévio e as suas intervenções inerentes em perfil de urgência o que não significa que a dor é menos valorizada ou não tão correctamente tratada. Outro aspecto referido por vários autores é de que na existência de dor é obrigatória a sua reavaliação, facto que foi referido por alguns dos participantes.

Os participantes referem que um dos motivos impeditivos do registo da dor é o próprio sistema aplicativo que não se adequa ao perfil urgência, daí a referência em texto ou notas livres, mas que em perfil internamento o seu registo é efectuado sem dificuldade.

Quando a criança permanece em contexto de urgência apenas alguns profissionais identificam e ativam o foco dor com as respetivas intervenções de enfermagem. Noutras circunstâncias os registos são elaborados em texto livre.

Em termos práticos este tipo de registo, em notas livres, não “quantifica” os cuidados de enfermagem nem aquilo que é o nosso trabalho.

Assim é pertinente reflectirmos nos nossos actos e na nossa prestação diária na tentativa de melhorar ou até mesmo alterar este tipo de comportamentos sendo que o único beneficiado nesta mudança serão as crianças.

Manifestação de dor

As respostas comportamentais à dor são mais específicas e consistentes que os indicadores fisiológicos (Batalha, 2003).

No que diz respeito às manifestações de dor por parte das crianças que não verbalizam a dor, não existem dificuldades na sua identificação e na deteção de sinais fisiológicos ou comportamentais, embora seja referida uma maior dificuldade na sua quantificação em termos de escala e na sua utilização.

Segundo Batalha (2003) a criança responde à dor aguda de forma faseada. Assim o RN responde à dor na primeira fase com sinais comportamentais resultantes do stresse.

Numa segunda fase, a criança apresenta uma progressiva letargia de instalação tão rápida quanto mais intensa for a dor ou quantos procedimentos dolorosos vivenciar e ainda quanto mais pequena for a criança.

Vários autores referem a dificuldade existente nos profissionais de saúde em quantificar a dor nas crianças pré-verbais e lactentes.

Na criança pré-verbal, e mesmo verbal até os seis anos de idade, e nos indivíduos com anormalidades cognitivas, as escalas de descrição dos aspetos sensitivos não são aplicáveis. As crianças apresentam comportamentos fisiológicos,

psicocomportamentais e vocabulários próprios para a dor, que variam de acordo com a sua fase de desenvolvimento (Teixeira,2006).

Os participantes não mostraram dificuldade em identificar as manifestações de dor na criança embora no lactente e na criança pré-verbal verbalizem muita dificuldade. O choro inconsolável mesmo no colo dos pais, a expressão facial, o comportamento geral da criança foram identificados como sendo indicadores de manifestação de dor por parte das crianças. A palidez cutânea, a sudorese, o gemido, a forma como interage, são sinais interpretativos de dor no lactente e na criança pré-verbal.

Segundo o autor Luís Batalha (2010), são utilizadas preferencialmente pelos enfermeiros as variáveis comportamentais na identificação do foco dor, fazendo assim uma utilização mínima dos equipamentos para as variáveis fisiológicas.

Procedimentos de controlo de dor

O controlo da dor é muito mais abrangente que a simples administração de analgésicos pois incorpora meios que coadjuvam para a prevenção e redução da dor, devendo ser orientado por uma abordagem interdisciplinar, multimodal, e individualizada. Os processos envolvidos no controlo da dor englobam práticas de cuidados consensuais e dinâmicos, permeáveis à informação, ao conhecimento e à partilha de dados (Zaconeta, 2005).

O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito de todas as crianças. O controlo efectivo da dor requer que os profissionais de saúde estejam dispostos a tentar uma serie de intervenções para conseguir resultados ideais (Hockenberry,2006).

Os métodos de redução da dor podem ser agrupados em duas categorias: não-farmacológicas e farmacológicas. Sempre que possível, ambos deverão ser utilizados, entretanto, as medidas não-farmacológicas não substituem os analgésicos (Hockenberry,2006).

Existe um conjunto de atitudes que podem ser desempenhadas por todos os profissionais que cuidam de crianças, que contribuem de forma decisiva para diminuir o seu sofrimento. Uma delas é termos consciência das nossas próprias atitudes que podem melhorar ou agravar a dor, o medo e a ansiedade da criança (Barros, 2003).

É evidente a preocupação em implementar medidas e procedimentos para o controlo da dor na criança, contudo existe ainda um longo caminho a percorrer nomeadamente no seu tratamento e prevenção. A experiência profissional, a

experiência pessoal com a dor são fatores que podem influenciar um controlo ineficaz da dor. Os instrumentos de avaliação, as características do recém-nascido e as falhas de comunicação dentro da equipa são também fatores que podem estar na origem de um controlo ineficaz da dor (Maia e Coutinho, 2011).

Acerca dos procedimentos de controlo de dor não-farmacológicos, nomeadamente a massagem e o toque, não foram referenciados pelos participantes como sendo técnicas de alívio da dor em contexto de urgência.

O facto de estarmos perante uma dor aguda, é prática habitual dos enfermeiros recorrer ao uso de terapêutica analgésica para alívio da dor.

Foi referido pelos participantes que é preocupação primordial saber qual o fármaco a utilizar para o alívio e tratamento da dor. Embora o uso das técnicas não-farmacológicas seja recomendado juntamente com as farmacológicas, este facto apenas foi evidenciado por um dos participantes.

A dor muitas vezes está associada a medos, ansiedade e stresse. São várias as técnicas não-farmacológicas como distração, relaxamento, imagem orientada, que auxiliam no tratamento da dor e podem ajudar a reduzir a percepção da sensação dolorosa, torná-la mais tolerável e diminuir a ansiedade (Hockenberry, 2006).

Relativamente às técnicas farmacológicas conclui-se que são as de primeira eleição em contexto de urgência.

Factores dificultadores na avaliação da dor em contexto de urgência

Apesar da avaliação inadequada da dor ser o principal obstáculo à própria avaliação, existem outros obstáculos, nomeadamente a própria dor que inibe a compreensão de outros estímulos e conseqüentemente diminui a atenção e altera a sua comunicação. Do mesmo modo a ansiedade que frequentemente acompanha a dor também reduz a capacidade de comunicar. Nestas situações a dor é um obstáculo ao seu próprio controlo (Kasanowsky & Laccetti, 2005).

No nosso estudo são vários os obstáculos ou os fatores dificultadores na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Relativamente ao percurso profissional de cada elemento, todos eles com excepção de um elemento, tem no seu percurso profissional experiência na área pediátrica, contudo foi referido e reconhecido pelos vários participantes a falta de formação nesta área, dada a sua especificidade.

Este estudo mostrou a necessidade de realização e investimento em formação dos profissionais, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente em contexto de urgência. É uma das finalidades, sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de enriquecer os conhecimentos na área pediátrica.

A criação de um espaço acolhedor, bem estruturado e que convide ao envolvimento em actividades permite à criança e família não concentrarem todas as suas energias e atenção na situação dolorosa. Alguns serviços de saúde pediátrica continuam a estruturar-se de tal forma que só por si parecem ser suficientes para causar sofrimento na criança mais saudável (Barros, 2003).

A dor é 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. Uma criança pode achar intolerável, no hospital, os tratamentos que suporta em casa. As experiências negativas anteriores do hospital, restrição de visitas, ou a ausência dos pais podem contribuir para esta situação (Batalha, 2003).

Foi referido por alguns dos participantes de que em algumas situações a afluência ao serviço de urgência e o próprio espaço físico não reúnem as condições necessárias para que o enfermeiro possa identificar e avaliar o estado da criança bem como reunir as estratégias adequadas para criar uma boa relação com a criança para mais facilmente perceber se se trata de um estado doloroso ou de ansiedade e medo.

É referido por vários autores de que o medo e a ansiedade podem exacerbar a dor, criando assim obstáculos ao seu tratamento (Kasanowsky & Laccetti, 2005).

Para estes autores, medo *“é a sensação de desconforto causada por um fator stressante definido ou específico”* (Kasanowsky e Laccetti, 2005, p.16).

Para Barros (2003) a dor aguda na criança, causada geralmente por acidentes, procedimentos médicos ou queimaduras, está associada ao medo e à ansiedade. Desta forma e uma vez que o componente afetivo associado à dor da criança é a ansiedade, as crianças têm dificuldade em distinguir entre o estar “magoado” ou o estar “assustado”. Aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor, o medo e a ansiedade.

O grande desafio na avaliação da dor em crianças pré-verbais é compreender a diferença entre dor e desconforto, no sentido do seu correto diagnóstico (Scochi, Carletti, Nunes, Furtado & Leite, 2005). Não podemos esquecer que a primeira contrariedade na avaliação da dor no RN e o facto de a dor

ser uma experiência subjetiva não sendo portanto, fácil provar a sua presença, contudo podemos corroborar a existência de indícios agregados a uma situação dolorosa (Branco, Fekete, & Rugolo, 2006).

O facto de os profissionais poderem ter na sua presença crianças que não verbalizam a sua dor é considerado um aspecto dificultador na quantificação exata da dor uma vez que requer uma observação mais cuidada e atenta aos sinais que a criança poderá ter presentes como forma de manifestação do seu estado doloroso.

Se a criança verbaliza e identifica a dor na escala numérica ou de faces também facilita a avaliação da dor na criança, mas não deixa de ser menos importante observar o seu fácies porque ela pode identificar uma dor moderada ou severa e não apresentar fácies de dor correspondente a esse valor. A avaliação da dor requer sempre uma observação cuidada do estado geral e do comportamento da criança.

A subjetividade na avaliação da dor é algo incontornável, esta é opinião da maioria dos participantes no estudo.

A própria personalidade do avaliador, as suas vivências relativamente à dor, a sua sensibilidade, a sua predisposição no momento para aquela intervenção, interfere na avaliação e na atribuição de um valor numérico à dor na criança em contexto de urgência.

Tal como foi sendo referido ao longo da apresentação dos dados a presença dos pais ou acompanhamento das crianças traz benefícios e poderá de alguma forma também serem fator de stresse quer para criança quer para os profissionais.

“A ansiedade dos pais associa-se ao stresse vivido pela criança e com gravidade da dor sentida pelos procedimentos dolorosos. Pais preparados para apoiarem os filhos quando estão a ser sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma a eficaz para uma menor percepção da dor” (Batalha, 2010, p.21)

“A ansiedade parental pode ser facilmente comunicada à criança através de atitudes concretas, causando uma maior centralização nas sensações dolorosas. Os pais necessitam ser ajudados a compreender a importância do seu papel como suportes emocionais, mas também estruturadores do meio e criadores de experiências de distração e controlo activo da dor” (Barros, 2003,p.116).

A opinião dos participantes relativamente à presença dos pais na avaliação da dor beneficia a sua presença mas também a vê como um aspecto dificultador precisamente porque em stresse estes podem sempre exacerbar a dor dos seus filhos.

A presença dos pais também pode ser benéfica porque diminui o medo da criança relativamente a procedimentos dolorosos.

Fazendo uma análise global dos resultados e analisando os objetivos inicialmente propostos para a realização deste estudo é importante referir que de uma forma geral eles foram atingidos.

Relativamente à valorização que os enfermeiros fazem da dor na criança/adolescente em contexto de urgência, constata-se de que todos os participantes a valorizam condicionando posteriormente toda a prestação de cuidados. No que diz respeito aos fatores dificultadores da avaliação e registo da mesma, estes foram identificados pelos entrevistados reconhecendo-se assim os aspectos que podem ser alterados para melhorar a nossa actuação.

Consideramos de extrema importância a realização deste estudo na medida em que ele trouxe benefícios e terá contributos relevantes para a melhoria da prestação de cuidados na urgência pediátrica. Um dos contributos do nosso estudo passa por sensibilizar os profissionais do SUP, para a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da dor em pediatria com a realização e frequência de ações de formação.

Pretendemos implementar protocolos de analgesia nas crianças vítimas de trauma, bem como a colocação de EMLA previamente aos procedimentos dolorosos como sejam punções venosas e punção lombar.

CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno subjetivo, complexo e multidimensional e quer na criança quer nos recém-nascidos tem contornos muito específicos.

“Aristóteles considerava a dor como uma emoção e não como um fenómeno físico. Na Idade Média, a dor associava-se ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição devida a pecados cometidos” (Batalha, 2010,p.3).

Com o Iluminismo veio glorificar as virtudes da racionalidade e a dor passou a ser entendida como um fenómeno físico, a ser eliminado através de técnicas mecânicas (Batalha, 2010).

Segundo a IASP a dor é:” *uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dores reais ou eventuais dos tecidos moles ou descrita em termos desses danos*” (Batalha, 2010,p.3).

Nos últimos anos o tratamento da dor pediátrica tem sofrido evolução favorável mas ainda é realidade o sofrimento desnecessário das crianças por dor.

A falta de sensibilidade, formação e incapacidade para concetualizar e quantificar a dor impedem um eficaz controlo desta.

Este estudo permitiu identificar as dificuldades que os enfermeiros manifestam na abordagem da dor e sua valorização em contexto de urgência.

Tendo por base os objetivos inicialmente traçados para este estudo, concluímos que os enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do HSMMB, da amostra seleccionada, relativamente ao objetivo em que se pretende compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança/ adolescente, constatou-se que os enfermeiros valorizam adequadamente a dor embora esta conceção não se traduza em comportamentos adequados para a sua resolução, mas condiciona de algum modo a prestação de cuidados.

Relativamente à identificação de fatores dificultadores na avaliação da dor na criança/adolescente os entrevistados identificaram a subjetividade da dor, a idade da criança, os conhecimentos dos profissionais, o espaço físico, o excesso de

trabalho e a presença dos pais como sendo fatores que dificultam de alguma forma a avaliação da dor na criança em contexto de urgência.

Ao contrário do que nos dizem vários autores e a bibliografia, o grupo de enfermeiros participantes no nosso estudo refere que em determinadas situações em contexto de urgência os pais tendem a exacerbar a dor dos filhos o que de alguma forma pode interferir na avaliação da dor efectuada pelos enfermeiros.

O ambiente influencia a dor desde o período neonatal. Para Batalha (2003), a criança pode mesmo achar intolerável no hospital alguns dos tratamentos que tolera, quando está em casa.

A subjetividade e a complexidade do fenómeno doloroso têm sido para muitos argumento para considerarem a sua avaliação como não científica. Contudo esta não pode ser posta em causa, pois a dor é por natureza e definição subjetiva (Raiman,1988 e AAP 2000).

“Existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, com especial incidência na criança pré-verbal, com problemas de desenvolvimento cognitivo e sensorial, com perturbações emocionais, desorientada, entubada, entre outras” (Batalha, 2010,p.26).

A experiência de dor na criança é influenciada e modificada por fatores que os enfermeiros têm que ter presentes na sua prática clínica (Batalha, 2003).

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 é o primeiro passo para o seu correcto tratamento (Batalha, 2003)

Acerca da utilização dos instrumentos de avaliação os participantes no estudo referiram que não utilizam escalas de avaliação da dor pediátricas de forma regular e a sua avaliação é essencialmente feita através da observação da criança e do seu comportamento, o que por si só não é suficiente. É neste sentido, importante sensibilizar os profissionais para a sua correcta utilização.

A escolha e a utilização de adequados instrumentos de avaliação nomeadamente de escalas adaptadas à idade, asseguram uma correta e mais eficaz avaliação da mesma.

A escolha das escalas de avaliação da dor, depende do tipo de dor, da idade da criança, e situação clínica para as quais foram validadas.

A complexidade do fenómeno dor e a sua subjetividade são dos principais obstáculos à sua correcta avaliação.

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu tratamento.

Relativamente às manifestações da dor, conclui-se que as manifestações comportamentais são valorizadas e úteis para a identificação da dor. É dada relevância ao comportamento e à forma como a criança interage no serviço de urgência e menos valorizadas as manifestações fisiológicas na identificação da dor na criança em contexto de urgência.

No que diz respeito ao uso de técnicas não-farmacológicas nomeadamente a massagem, o toque, a imaginação guiada são ainda pouco utilizadas pela maior parte dos profissionais de saúde em contexto de urgência. Pensamos ser importante sensibilizar os profissionais para o recurso a estas práticas em associação com as técnicas farmacológicas, obtendo-se assim melhores e mais rápidos resultados no tratamento da dor da criança/adolescente.

Os profissionais de saúde têm um papel preponderante no controlo da dor mas para isso necessitam de estar sensibilizados para o problema bem como aumentar os seus conhecimentos. Como profissionais de saúde devemos agir de acordo com as melhores evidências científicas e com plena responsabilidade de que a dor tem que ser tratada até ao seu desaparecimento.

Foster (2001) sugeriu que a apreciação de um enfermeiro perito é o fator chave para a avaliação da dor em crianças criticamente doentes. Este enfermeiro pode ser o pilar para uma avaliação correcta, uniformizando procedimentos e detectando necessidades sentidas pelos enfermeiros, efectuando educação em serviço sempre que necessário e actualizando conhecimentos relativos à dor.

Relativamente aos factores dificultadores no registo da avaliação da dor, foi referido que o aplicativo informático apresenta algumas lacunas relativas à sua funcionalidade em contexto de urgência.

Os resultados deste estudo têm particular interesse para o local onde foi realizado, na medida em que foram identificados os factores que dificultam a avaliação e valorização da dor em contexto de urgência. Sobre estes dados poderão ser elaboradas medidas de melhoria da prática clínica.

Contribuir para uma melhor avaliação e registo da dor foi também um dos objetivos inicialmente traçados. A partir dos resultados podemos referir que existe um longo caminho na melhoria dos cuidados prestados em contexto de urgência.

Pensamos que a existência de procedimentos de actuação na abordagem da dor na criança em contexto de urgência poderia ser uma medida a implementar no sentido de um controlo mais efectivo da dor.

Consideramos que todos os objetivos foram alcançados, permitindo-nos assim compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança/

adolescente bem como identificar os fatores dificultadores na avaliação e registo da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

Pensamos que ao identificar e reconhecermos estes aspetos estaremos a dar o primeiro passo para que a nossa actuação se altere, melhorando a prestação de cuidados à criança com dor.

“Como profissionais de saúde temos a responsabilidade de agir de acordo com as melhores evidências científicas e encarar a dor como uma prioridade” (Batalha, 2010 p.119)

A dor não é uma fatalidade e todo o esforço para melhorar a sua prevenção e tratamento é proveitoso. Se, por ventura, atingirmos a excelência, isso é mais um estímulo para continuar a caminhada (Batalha, 2010).

BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA E ACADEMIA CANADIANA DE PEDIATRIA- *Prevenção e Controlo da dor e do Stress do no Recém-nascido*. Pediatrics. Vol 3, (2000), p. (174-181)

AQUINO, Fernanda M.; CHRISTOFFEL, Marialda M. - Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial (2010). p. (169-177)

ANNA HUGUET, J. Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 68, (2010), p.(329–336)

ALMEIDA, H. L; ALMEIDA, A. - *Dor: será o nosso cérebro masoquista? Ser Saúde*, (2006), p. (62-78).

PORTUGAL. Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor [em linha], 2011. [07 Nov de 2011]. Disponível em www.aped-dor.org/

BARDIN, Laurence. *Análise de Contéudo*. Lisboa: Edições 70(2009)

BARROS, Luísa – *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores, (2003)

BATALHA, Luís - *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*, Lisboa - Porto (2010)

BATALHA, Luís - *Revista Servir - As Dificuldades na Quantificação Exacta da Dor* Vol 4, serie 53, (2005) p. (166-174)

BATALHA, Luís; SANTOS Almeida; GUIMARÃES Hercília - *Avaliação da dor na criança pré-verbal*, Vol 25, nº3, Coimbra. (2003), p. (35-44)

BATALHA, Luís. SANTOS, L. A., & GUIMARÃES, Hercília.- *Dor em Cuidados Intensivos Neonatais*. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Vol.23, (2007), p. (144-148)

BATALHA, Luís, Santos, L. A.; Guimarães, Hercília. - *Avaliação da Dor Aguda em Crianças Pré-verbais*, *Arquivos de Medicina*, Vol18, Nº 5-6, (2004), p. (277-286)

BATALHA, Luís - Os Enfermeiros e a Dor na Criança. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Vol 11, nº1, (2003), p. (5-40)

BEAR, M. F; Connors, B. W; Paradiso, M.A. - *Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso*. 3 Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008

BENNER, P.; WRUBEL, J – *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Califórnia: Addison-Wesley, 1989

BISQUERRA, R; SARRIERA, J. C; Martínez, F - *Introdução à Estatística: Enfoque Informático Com O Pacote Estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed, 2004

BOGDAN, R; BIKLEN, S.- *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994

BRANCO, A.; FEKETE, S. M.; RUGOLO, L. M.; REHDER, M. I.- Valor e Variações da Frequência Fundamental no Choro de Dor de Recém-nascidos. *CEFAC*, (OUT./DEZ de 2006), p. (529-535)

BRAZELTON, B.- *Psicologia e pedagogia da criança*. São Paulo: MacGraw Hill, 1990

CARDOSO, Maria [et al] – Respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco durante o cuidado da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [em linha]. Vol 28, nº 1 (2007), p 98-105. [consult. 8 Jan. 2011]. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4705/2623>

CARPENITO, L.J. - *Diagnóstico de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2009

CARPENITO, L.J.- *Nursing diagnosis: application to practice*, Philadelphia, JB Lippincot, 1983

CARPENTER, H. J.- *Investigação Qualitativa em Enfermagem-Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2002

CARPENTER, DR.- *Método de teoria fundamentada*. In: HJ, Streubert, 2002

CASSANDRA, Opperman – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência, 2001

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (ICNP)*, Versão Beta 2.0. (2011) Lisboa

CRESPO, J – *A dimensão histórica e social do corpo*. IV Curso de Sociologia da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: GEPOG, Novembro (1995)

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. - *From practice to Grounded Theory*. New York: Addison Wesley, 1986

COYNE, I. T - Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal Advanced Nursing*, Oxford. Vol 18, nº 5 (1995), p (1670-1680)

CYPRIANO, M. S.; FISBERG, M. - *Mãe participante: benefícios e barreiras*. *Jornal de Pediatria*. São Paulo. Vol 66, nº4 (1990) p. (92-97)

DEBILLON, T; Zupan, V; Ravaut, N - Development and initial validation of the EDIN scale a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Arch Dis Child*. Vol 85, (2001), p. (36-40)

DIAMOND, A.W; CONIAN S.W. - *Controlo da Dor*. Lisboa: Climepsi editores, 1997

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor; Lusodidacta, 1992

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, MARY F. - *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto Interactivo*. Lisboa, 1992

EISER, C – *Chronic Childhood Disease: An Introduction to Psychological Theory and Research*. New York: Cambridge University Press, 1990

FERREIRA, C., VALÉRIO, A.; TIBÉRIO, S. - O toque no processo de cuidar. *Informar*, (Janeiro/Junho de 2004), p. (17-20)

FERNANDES, Ananda.- *Crianças com Dor-o Quotidiano do trabalho da dor no hospital*. Coimbra: Quarteto, 2000

FORTIN, M.-F.- *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2006

FORTIN, M.-F.- *Fundamentos e Etapas do Processo de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta, 2009

FORTIN, M.F.- *O processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures; Lusociência, 1996

FOSTER, R. - *Nursing judgment: the key to pain assessment in critically ill children*. *J Soc Pediatr Nurs*. Vol 6, (2001), p (90-93)

GASPARDO C.M; LINHARES M.B.M; MARTINEZ F.E - A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Journal Pediátrico*. Rio de Janeiro. Vol 82, nº 6 (2005), p (435-44)

GHIGLIONE, R. E.- *O inquérito-teoria e prática*. Lisboa: Celta editora, 1992

GONÇALVES N; REBELO S; TAVARES I – Dor Fetal: Mecanismos Neurobiológicos e Consequências. *Acta Med Port*. Vol 23, nº 3 (2010), p. (419-426)

Guyton, A. C., & Hall, J. E. - *Textbook of Medical Physiology*. 11ª edição: Elsevier Saunders, 2006

GUERRA, I.C – *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentido e formas de uso*. 1ª edição, Principia, 2006

HEALTH, J. O. - *Pediatric pain Assessment:diferences between triage nurse, child anda parent* ,(2009) p.(1-6)

HESBEEN, W. - *Qualidade em Enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, 2001

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON; WINKELSTEIN Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. São Paulo: Mosby Elsevier, 2006

HOCKENBERRY,M.J.; Wilson D.- Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. São Paulo: Mosby Elsevier, 2011

INSTITUO DE APOIO À CRIANÇA - *Carta da Criança Hospitalizada*, 1988

JESUS, Élvio Henriques – *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006

JORGE, Ana Maria – *A Família e a Hospitalização da Criança – Repensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004

KAROLY, P.; STEFFEN, J.; O'GRADY, D. – *Child Health Psycology: Concepts and Issues*. Oxford: Pergamon Press, 1982

KAZANOWSKI, MARY & LACCETTI, Margaret Saul - *Dor: Fundamentos, Abordagem clínica, Tratamento*. Editora Lab. Rio de Janeiro, 2005

LEMOS, A. I.- *Dor crônica: diagnóstico, investigação, tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2007

LEONOR, A. C. - Dor: Um Foco da Prática dos *Enfermeiros*. *Dor*. Vol 15, (2007), p. (52)

LÉSSARD, Herbert, M., Goyette, G; Boutin, G.- *Investigação qualitativa: fundamentos e prática*. Lisboa: Instituto Piaget Artes Gráficas, 1994

MAIA, Alessandra C; COUTINHO, Sónia B - Factores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatr*. [em linha]. Vol 29, nº 2 (2011), p. (270-276) [consult. 28 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a20v29n2.pdf>

MARTINS, M. C. Carvalho, M. J. FERNANDES, M. L. Levy - Humanizar o atendimento à criança. Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa, 1991 (p. 13-17)

MCEWEN,M.;WILLS E.M.- Bases Teóricas para a Enfermagem, 2ª edição. Porto Alegre: artemed, 2009

MARTINS, Maria Madalena; TRAVANCA, Maria da Graça – *A caminho do cuidar e enfermagem. Um outro olhar à pessoa com dor*. *Dor*, 2003, vol. 11, nº 4, p. 23–28.

MCCAFFERY, Margo – *Nursing practice theories related to cognitive, bodily pain and man-environmental interactions*. Los Angeles, 1968. UCLA Students Store.

MCCAFFERY Margo e Beebe- *Dolor- Manual clínico para la pratica de enfermaria*. Salvat, 1992

MCCLOSKEY, J. e. *Classificação das Intervenções de Enfermagem(NIC)*. Porto alegre: ArtMed Editora, 2004

MELZACK, RONALD & WALL, PATRICK- *O Desafio da Dor*-Fundação Calouste de Gulbenkian, 1989

METZGER, CHRISTIANE,[et al] - *Cuidados de Enfermagem e Dor- Avaliação da dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do doente*. Lusociência(2002)

MICHELLSON, K; Sirvio, P; Wasz-Hockert, O.- Pain cry in full term asphyxiated newborn infants correlated with late findings. *Acta Paediatric Scand* 66: 611 (a)(1977)

MONTEIRO, M.; SANTOS, M.- *Psicologia*. Porto: Porto Editora, 1993

MALHEIRO, A.B.- *Os Enfermeiros Perante a Dor Neonatal: Saberes e Práticas*, Porto: ICBAS, 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE, REPE - Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, (1996)

NASCIMENTO, Helena – *A Dor no Recém-nascido numa UCI: Conceção e Práticas de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado Apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, (2010)

NELTINA, S. M. – *Prática de Enfermagem*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

OWENS, ME; Todt, EJ .- Pain in infancy: neonatal reaction to a heel lance. *Pain*. 20: 77-84 (1984)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor – *Guia Orientador da Boa Prática*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros; (2008)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer da OE sobre mobilização de escalas, instrumentos e equipamentos ou outros meios e métodos como recurso na avaliação diagnóstica em enfermagem. Lisboa, (2008)

PAIVA, A.- *Sistemas de Informação em Enfermagem*. Porto: Formasau e EsenfSj, 2006

PEDIATRICS, O. J. - *The Assessment And Manegement of acuite Pain in Children and Adolescent* ,(2001) p.(1-7).

PHANEUF, M.- *Planificação de Cuidados - Um sistema integrado e personalizado*.
Coimbra: Quarteto, 2001

PILLAI, R. R; Badali, M. A, Craig, K. D - Parental judgments of infant pain: Importance of perceived cognitive abilities, behavioural cues and contextual cues. *Pain Res Clin Manage*. Vol 9, (2004), p. (73-80)

POLIT, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed, 2004

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 2010.Lisboa: Circular Normativa nº 014/2010

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - Plano Nacional da Luta contra a dor, Lisboa (2001)

PRICE, D. D.- Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*. Vol 288, (2000), p. (1769-1772)

PUCHALSKI, M; HUMMEL, P.- The relity of neonatal pain. *Adv Neonatal Care*. Vol 2, (2002), p. (233-244)

QUIVY, R. & Campenhoudt, L.V. - *Manual de investigação em ciências sociais*.
Lisboa: Gradiva (1995)

KOPELMAN, Benjamin [et al.] – *Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia*. São Paulo: Ateneu, 2006

RAIMAN J. - Tentando compreender a dor e planear o alívio. *Nursing*. Vol 7, (1988), p. (36-44)

RIBEIRO, A.L.; Cardoso, A.- *Dor: Um foco da prática dos enfermeiros*, Dor-organização de expressão oficial da APED. Vol 15, nº1 (2007) p.(6-15)

SCOCHI, C. G., CARLETTI, M; NUNES, R., FURTADO, M. C; LEITE, A. M.- A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um

hospital de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 30, (Outubro 2005), p. (188-194)

SILVA, Yerkes Pereira; Silva, José Fagundes- *Dor em Pediatria*, Guanabara Koogan, 2006

SHEEHY'S, SUSAN- *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*, Lusociência Mosby, 2001

STANHOPE, M.; LANCASTER, J.- *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4.^a ed. Lisboa: Lusociência, 1999

TAMEZ, R. N; SILVA, M. J.- *Enfermagem na Uti Neonatal - Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (4 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

TEIXEIRA, M. J; FILHO, J. V.- *Tratamento da Dor Aguda e Pós-operatória*. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006

TEIXEIRA, Manoel J. [et al] *Dor: Manual para o Clínico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006

TWYLCROSS A; DOWDEN S. J; BRUCE E - *Managing Pain in Children: a clinical guide*. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2009

VIDAL, M. A. [et al]- Dolor en Neonatos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol 12, nº 2 (Março 2005), p. (98-111)

WALDEN, M., JORGENSEN, J.- Pain. Management. In C. Kenner & J. McGrath (Eds.) *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals*. St. Louis: Mosby, p. (197-228)

WARNOCK F; Lander, J.- Foundation of knowledge about neonatal pain. *J Pain Symptom manage*. Vol 27, (2004), P. (170-179)

ZACONETA, A. P. - *Intervenções Não Farmacológicas e seu efeito nas Respostas Indicadoras de Dor em Bebês Prematuros submetidos a Procedimentos de Coleta de Sangue*. Goiás: Universidade Católica de Goiás, 2005

ANEXOS

ANEXO I
(GUIÃO DA ENTREVISTA)



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

GUIÃO DA ENTREVISTA

Tânia Emília Figueiredo de Campos

Barcelos, Janeiro 2011

OBJECTIVOS	PERGUNTAS DA ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para uma melhor avaliação e registo da dor na Criança como 5º sinal vital; • Compreender a valorização que os enfermeiros atribuem á dor em contexto de urgência; • Identificar factores dificultadores do diagnóstico da dor na criança • Identificar factores dificultadores na avaliação da dor na criança; • Descrever a prática de avaliação da dor na criança em contexto de urgência; • Melhorar a prestação de cuidados á criança com dor no serviço de urgência; • Garantir a qualidade de cuidados de enfermagem prestados á criança com dor no serviço de urgência; • Contribuir para a compreensão da escala da dor em contexto de urgência; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qual a valorização que faz da dor na criança em contexto de urgência? ✓ Como é que avalia a dor? ✓ A dor na criança é algo importante na sua prestação de cuidados? ✓ Qual o momento que acha mais pertinente para avaliar a dor no lactente/criança/adolescente? ✓ Que instrumentos é que utiliza para fazer a avaliação da dor nas diferentes faixas etárias? ✓ Como é que documenta a dor? ✓ Há algum parâmetro que dificulta a sua avaliação? ✓ Reconhece algum factor inibidor ou dificultador no diagnóstico e avaliação da dor na criança? se sim qual ou quais? ✓ Acha pertinente melhorar algum item na escala de avaliação ou mudar de escala?

ANEXO II

(PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA
ENTREVISTA)

Tânia Emília Figueiredo Campos, Enfermeira nº mecanográfico 1094 a exercer funções no Serviço de Urgência deste Hospital, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem Do Porto, cujo tema da dissertação se intitula é:” A valorização da Dor na Criança em contexto de urgência”,cujo Orientador é o Sr. Prof. Dr. Luís de Carvalho e a Co-Orientadora é a Sra. Profa. Sandra Cruz, venho por este meio pedir o seu consentimento para a participação e realização numa entrevista semi-estruturada.

A Administração deste Hospital deu o seu acordo para esta investigação. Naturalmente, só será integrado neste estudo se assim o desejar e poderá rever a sua decisão em qualquer altura.

A entrevista será gravada e será garantido o seu anonimato e somente eu no papel de investigadora é que tenho acesso às questões e conteúdo das suas respostas. A previsão será de 45 minutos para a realização da mesma e a sua participação não lhe trará danos ou benefícios pessoais. Pretendo apenas que as conclusões desta entrevista e posteriormente deste estudo tragam contributos para a melhoria da prestação de cuidados á criança/adolescente em contexto de urgência.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço abaixo.

Desde já os meus agradecimentos.

Eu, _____, tomei conhecimento da finalidade do estudo. Fui devidamente esclarecido acerca da sua finalidade e dos seus objectivos pelo que a minha participação não trará consequências para a minha pessoa. Assim declaro que aceito participar no estudo.

Assinatura _____

Data _____

ANEXO III
(CONSENTIMENTO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO)

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE
Secretariado da Administração

Recebi em 03.02.2011
Ass. S. L. G. n.º mec. 1435

Adriano Valente
03.02.2011
Adriano Valente
Enfermeiro Director

**Exmo. Presidente do Conselho de
Administração do Hospital Santa
Maria Maior de Barcelos E.P.E.**

Tânia Emília Figueiredo Campos, Enfermeira n.º mecanográfico 1094 a exercer funções no Serviço de Urgência deste Hospital, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem Do Porto, cujo tema da dissertação se intitula é: “A valorização da Dor na Criança em contexto de urgência”, cujo orientador é o Prof. Dr. Luís Carvalho e a Co-orientadora é a Mestre Sandra Cruz, venho por este meio solicitar a vossa Exa. autorização para realizar uma entrevista semi-estruturada (ver anexo guião da entrevista) a seis enfermeiros do serviço de urgência, com os seguintes objectivos:

- ✓ Compreender o grau de valorização que os enfermeiros atribuem à dor na criança em contexto de urgência;
- ✓ Identificar factores dificultadores na avaliação da dor à criança/adolescente em contexto de urgência;
- ✓ Identificar factores dificultadores no registo da avaliação da dor à criança/adolescente em contexto de urgência;
- ✓ Compreender as dificuldades encontradas na avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência;
- ✓ Compreender as dificuldades encontradas no registo da avaliação da dor na criança/adolescente em contexto de urgência;
- ✓ Contribuir para uma melhor avaliação e registo da dor na criança/adolescente em contexto de urgência.

A recolha de dados será efectuada no cumprimento de todos os procedimentos éticos como sejam o anonimato, a informação e voluntária participação dos participantes na entrevista.

No final do trabalho comprometo-me a disponibilizar os dados obtidos à Instituição. Sem outro assunto, disponibilizo-me para fornecer qualquer informação adicional que entendam por bem solicitar.

Pede Deferimento

Tânia Emília Figueiredo Campos

Porto, Janeiro 2011