



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros  
sobre intervenções não farmacológicas e o uso  
na gestão da dor na criança

Ana Cláudia da Silva Tavares

Orientadora: Professora Doutora Ananda Fernandes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, Março de 2014

O que conta na vida não é o mero facto de termos vivido.  
É a diferença que fizemos na vida dos outros,  
que determinará o significado da vida que levámos.

Nelson Mandela

A todas as crianças,  
É por elas que tentamos sempre fazer melhor.

A concretização desta dissertação resultou do esforço pessoal mas, também da colaboração e apoio de muitas pessoas que nela participaram de forma directa e indirecta. A todos manifesto o meu reconhecimento e também a minha gratidão.

À minha orientadora pela disponibilidade e pelos ensinamentos durante todo o percurso até aqui realizado, nomeadamente pela orientação científica e revisão crítica.

Aos enfermeiros dos serviços envolvidos no estudo pela disponibilidade no preenchimento do questionário, e sem os quais este trabalho não seria possível.

Ao Pedro pela disponibilidade e apoio no momento das dúvidas.

Aos colegas do serviço pelo companheirismo demonstrado.

Aos meus pais pela ajuda e apoio incondicional.

Ao Nuno Pedro por ser o meu porto seguro nos momentos de maior tormenta, por acreditar em mim, muitas vezes mais do que eu própria. Por todo o apoio, incentivo, força e amor.

Às minhas filhas, Laura e Constança, as estrelas que iluminam e abrilhantam a minha vida, pelos sorrisos e gargalhadas que me preenchem de alegria, e que serviram de alento nesta longa caminhada. E a desculpa pelo tempo roubado à brincadeira que por direito lhes pertencia.

## RESUMO

A dor é uma experiência complexa, subjectiva e pessoal, o que a torna muito difícil de definir. Nas últimas décadas verificou-se a crescente preocupação com a temática da dor, o que levou à sua inclusão como 5º sinal vital. Contudo, apesar da evolução a nível do conhecimento científico, verifica-se que persistem ainda lacunas a nível da correta gestão da dor na criança. O alívio da dor destaca-se no contexto dos cuidados humanizados e de qualidade, o que torna iminente a adopção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no sentido de a prevenir e controlar. Sobrevém assim a relevância dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros relacionados com a temática da dor pois cabe ao enfermeiro participar de forma activa no tratamento, garantindo a analgesia adequada e a prevenção de eventos dolorosos durante a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Este controlo da dor torna-se mais eficaz quando envolve a combinação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas.

O objectivo principal desta investigação é analisar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas (INF) para controlo da dor e a percepção que têm do seu uso na gestão da dor na criança; o segundo objectivo é identificar as barreiras existentes para o seu uso.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, em que os dados foram obtidos pela aplicação de um questionário *on-line* a 122 enfermeiros que prestam cuidados a crianças, de dois centros hospitalares da região centro.

Os resultados obtidos permitiram concluir que os enfermeiros têm conhecimentos e atitudes favoráveis em relação às INF e que estes estão relacionados com algumas variáveis socioprofissionais. Verificou-se que mais de metade da amostra (80,3%) não tem formação específica sobre INF. No que se refere ao uso das INF verificamos que a amostra tem um uso desfavorável ao controlo da dor e que este também está relacionado com algumas variáveis socioprofissionais, contudo não está relacionada com a formação profissional dos enfermeiros. Os conhecimentos e atitudes sobre INF estão correlacionados de forma positiva com o uso e as barreiras identificadas foram a falta de conhecimentos, falta de recursos materiais e a falta de tempo.

Este estudo vem reforçar a importância da formação continua sobre a dor e sobre as INF, com vista à melhoria da gestão da dor pelo uso das INF e consequentemente da qualidade dos cuidados prestados às crianças.

**Palavras-Chave:** Dor em Pediatria; Intervenções Não Farmacológicas; Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros; Uso das Intervenções Não Farmacológicas.

## **ABSTRAT**

Pain is a complex, subjective and personal experience, which makes it very difficult to define. In recent decades has been a growing concern with the issue of pain, which led to its inclusion as the 5th vital sign. However, despite the evolution of scientific knowledge level, there is still persisting shortcomings in the proper management of pain in children. Pain relief stands out in the context of humanized care and quality, which makes the importance of its impending review and adoption of pharmacological and non-pharmacological measures in order to prevent and control. The relevance of the knowledge and attitudes of nurses related to the theme of pain, its justified by the importance that nurses have to actively participate in treatment ensuring adequate analgesia, and prevention of painful events while performing diagnostic or therapeutic procedures. The control of pain becomes more efficient when involves the combination of pharmacological and non-pharmacological techniques.

The main objective of this research is to examine the knowledge and attitudes of nurses on non-pharmacological interventions and their perception of the use in the management of pain in children, and to identify the barriers to their use. This is a descriptive study the data were obtained by applying an online questionnaire to 122 nurses who care for children, from two hospital centers in the central region.

The results showed that nurses have knowledge and favorable attitudes toward non-pharmacological interventions and these are related to some socio-professional variables. Over half of the nurses (80.3%) did not have specific training on non-pharmacological interventions. With regard to the use of non-pharmacological interventions we found that nurses had an unfavorable use in the pain relief, and that is also related to some socio-professional variables, however, is not related to the professional training of nurses. The knowledge and attitudes about non-pharmacological interventions are positively correlated with perception of the use and the barriers identified were lack of knowledge, lack of time and lack of material resources. This study reinforces the importance of continuous training on pain and on the non-pharmacological interventions, to improve pain management through the use of non-pharmacological interventions and consequently the quality of care provided to children.

**Key words:** Pediatric pain; Non-Pharmacological Interventions; Knowledge and Attitudes of Nurses; Use of non-pharmacological interventions in Pediatric Pain.

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. O FENÓMENO DA DOR E A EXPERIÊNCIA DE DOR</b> .....	20
<b>1.1. Definições de DOR</b> .....	20
<b>1.2. O fenómeno da Dor na criança</b> .....	24
1.3.1. Factores que influenciam a experiência de dor .....	28
1.3.2. Reacções da criança à dor .....	31
1.3.3. Causas de dor na criança .....	34
1.3.4. Prevalência de dor no Hospital .....	36
<b>2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR</b> .....	42
<b>3. GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA</b> .....	53
<b>3.1. Factores que influenciam a gestão da dor na criança</b> .....	56
<b>3.2. Causas do tratamento inadequado da dor</b> .....	58
3.2.1. Mitos .....	58
3.2.2. Falta de conhecimento dos profissionais .....	61
3.2.3. Dificuldade dos profissionais em avaliar a dor .....	62
<b>3.3. Repercussões da dor não tratada</b> .....	62
<b>3.4. Avaliação da dor na criança</b> .....	64
<b>3.5. Papel do enfermeiro na gestão da dor na criança</b> .....	67
<b>4. O CONTROLO ADEQUADO DA DOR – UM CAMINHO AINDA A PERCORRER</b> .....	73
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	
<b>1. METODOLOGIA</b> .....	77
<b>1.1. Problemática em estudo</b> .....	77
<b>1.2. Tipo de Estudo</b> .....	79
<b>1.3. População e Amostra</b> .....	79
<b>1.4. Variáveis</b> .....	80
1.4.1. Definição conceptual das variáveis centrais .....	80

1.4.2. Definição operacional das variáveis .....	81
<b>1.5. Instrumento de colheita de dados .....</b>	<b>82</b>
<b>1.6. Considerações éticas .....</b>	<b>87</b>
<b>1.7. Procedimento de recolha de dados .....</b>	<b>87</b>
<b>1.8. Tratamento de dados .....</b>	<b>87</b>

### **PARTE III – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**

<b>1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>90</b>
1.1. Caracterização da amostra .....	90
1.2. Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas .....	98
1.3. Percepção dos enfermeiros sobre o uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor .....	101
1.4. Barreiras ao uso das intervenções não farmacológicas .....	105
<b>2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>106</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>120</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>126</b>

### **ANEXOS**

**Anexo I** – Versão impressa do questionário

**Anexo II** – Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

## **LISTA DE SIGLAS**

ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et D'Evaluation en Santé

CIPE – Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

DL – Decreto-lei

IASP – International Association for Studie of Pain

INF – Intervenções Não Farmacológicas

JCAHO – Joint Commission Accreditation of Health Organizations

Md - Mediana

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Sd – Desvio Padrão

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

X – Média

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Modelo dos factores situacionais, comportamentais e emocionais que afectam a dor na criança .....	31
<b>Figura 2</b> – Intervenções não farmacológicas .....	44
<b>Figura 3</b> – Factores que influenciam a prática de controlo da dor .....	56

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico nº1</b> - Representação gráfica da idade da amostra .....	91
<b>Gráfico nº2</b> - Representação gráfica dos enfermeiros de acordo com o género .....	92
<b>Gráfico nº3</b> - Representação gráfica do tempo de exercício Profissional dos enfermeiros .....	93
<b>Gráfico nº4</b> – Representação gráfica da formação profissional dos enfermeiros .....	94
<b>Gráfico nº5</b> – Representação gráfica da formação pós graduada dos enfermeiros .....	95
<b>Gráfico nº6</b> – Representação gráfica do número de horas de formação sobre a dor .....	96
<b>Gráfico nº7</b> – Representação gráfica da formação específica sobre INF .....	97
<b>Gráfico nº8</b> – Representação gráfica do local de formação .....	98
<b>Gráfico nº9</b> – Representação gráfica das médias de resposta relativas à percepção do uso .....	102
<b>Gráfico nº10</b> – Gráfico representativo do número de respostas das barreiras ao uso das INF .....	105

## INDICES DE QUADROS

<b>Quadro nº1</b> – Análise da consistência interna dos conhecimentos e atitudes .....	85
<b>Quadro nº2</b> – Análise da consistência interna dos conhecimentos e atitudes com itens retirados .....	86
<b>Quadro nº 3</b> – Análise da consistência interna da percepção do uso .....	86
<b>Quadro nº4</b> – Média, desvio padrão, mínimo e máximo da idade .....	90
<b>Quadro nº5</b> - Média, desvio padrão, mínimo e máximo dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre INF.....	99
<b>Quadro nº6</b> – Teste Kruskal-Wallis para o tempo de exercício profissional .....	99
<b>Quadro nº7</b> – Teste U de Mann-Whitney para a formação profissional .....	100
<b>Quadro nº8</b> – Teste U de Mann-Whitney para a formação específica sobre a dor .....	100
<b>Quadro nº9</b> – Média, desvio padrão, mínimo e máximo do score total da percepção do uso das INF .....	101
<b>Quadro nº10</b> – Média, desvio padrão, mínimo e máximo de cada item da percepção do uso das INF .....	102
<b>Quadro nº11</b> – Teste de Kruskal-Wallis para o tempo de exercício profissional e a percepção do uso das INF .....	103
<b>Quadro nº12</b> – Teste U de Mann-Withney para a formação profissional e a percepção do uso .....	103
<b>Quadro nº113</b> – Teste U de Mann-Withney para a formação específica sobre INF e a percepção do uso .....	104
<b>Quadro nº14</b> – Teste de correlação de Spearman's para os conhecimentos e atitudes e a percepção do uso das INF .....	104
<b>Quadro nº15</b> – Representação do número de respostas à questão Barreiras ao uso das INF .....	105

## INDICES DE TABELAS

<b>Tabela nº 1</b> – Caracterização da amostra relativamente à idade .....	91
<b>Tabela nº 2</b> – Caracterização da amostra quanto ao género .....	92
<b>Tabela nº 3</b> – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional .....	92
<b>Tabela nº 4</b> – Caracterização da amostra relativamente à formação profissional .....	93
<b>Tabela nº 5</b> – Caracterização da amostra sobre a realização de formação sobre dor nos últimos 2 anos .....	95
<b>Tabela nº 6</b> – Caracterização da amostra sobre a realização de formação específica sobre INF .....	95
<b>Tabela nº 7</b> – Caracterização da amostra quanto ao local de formação .....	96

## **INTRODUÇÃO**

Na história do Homem, a dor é uma experiência que se inscreve desde cedo, induzindo o seu comportamento e tornando-se numa experiência única e singular. É considerada uma experiência universal, subjectiva, multidimensional e complexa nas suas vertentes física, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental, moral e socio cultural, o que remete para uma intervenção multidisciplinar relativamente à gestão da mesma.

A dor é entendida como um desafio para a pessoa que a maioria das vezes tem que aprender a suportá-la, para os profissionais de saúde que tentam encontrar os meios mais adequados para aliviar o sofrimento do doente, para o cientista que tenta perceber os mecanismos biológicos que causam este sofrimento. É ainda um desafio para a sociedade que deve descobrir meios médicos, científicos e financeiros para controlar ou prevenir, da melhor forma, a dor e o sofrimento (MELZACK e WALL, 1987).

É considerada, pela sua frequência e pelos efeitos nefastos que pode desencadear, um problema de saúde pública, que justifica uma actuação conjunta por parte de todos os profissionais de saúde a qual deve ser planeada, organizada e baseada em princípios científicos, de modo a promover a igualdade, a qualidade de vida e a qualidade e excelência dos cuidados prestados.

Actualmente, e apesar das várias mudanças já realizadas relativamente à abordagem e tratamento da dor e da assunção como 5º sinal vital já há mais de uma década, constata-se que persiste ainda uma grande lacuna entre o crescente conhecimento científico e a aplicação prática do mesmo no que se refere à gestão da dor. A dor é uma experiência subjectiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível, o que lhe confere uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

Também a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO, entidade Norte Americana cuja missão é melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, incluiu o alívio da dor como item a ser avaliado na acreditação hospitalar desde 2001. Na actualização dos padrões em 2006 a JCAHO continuou a exigir a avaliação adequada da dor de acordo com as condições do

doente e o grau de complexidade do cuidado e do tratamento fornecido (JOINT COMMISSION ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATIONS, 2006).

O tratamento e o controlo da dor são actualmente considerados uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade, tendo-se assistido nas últimas décadas a uma evolução no conhecimento do processo fisiopatológico da dor e no desenvolvimento de novos fármacos. Contudo, o controlo da dor não passa exclusivamente pelo recurso a terapêutica farmacológica, envolve também uma abordagem global, que permita uma humanização dos cuidados recorrendo a intervenções não farmacológicas (JOHNSTON *et al.*, 2002).

De acordo com a OE (2013), cabe ao enfermeiro como membro da equipa de saúde que está mais próximo da criança, avaliar, prevenir e tratar a dor. A importância da avaliação da dor e o seu registo de forma sistemática e regular enquanto 5º sinal vital, de acordo com o preconizado pela DGS (2010), adquire na criança importantes contornos para que não só se controle a dor em si, como para que se adequem as estratégias (farmacologias e não farmacológicas) a utilizar. As medidas não farmacológicas são comumente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, permitindo o aumento do sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia tanto da criança como da família.

Assim, o alívio da dor é um direito que assiste a quem dela padece, independentemente da sua idade. Contudo nem sempre se valorizou a dor e o sofrimento da criança, em parte porque esta nem sempre tem capacidade de a verbalizar mas também devido à existência de mitos e ideias erradas acerca do tema.

Contudo a preocupação pela dor na criança só começou a assumir importância no final do século XX, altura em que surgiram os primeiros estudos que relatavam as diferenças existentes entre o tratamento da dor em crianças e em adultos em condições semelhantes. Contemporaneamente verificamos que existe uma maior preocupação em avaliar, aliviar e controlar a dor na criança, sendo muitos os estudos que se têm desenvolvido relativamente à problemática da dor como resultado do reconhecimento de que as crianças têm dor, guardam memória para a dor e se não tratada tem consequências nefastas a curto, médio e a longo prazo.

Sabemos que a dor na criança que recorre aos serviços de saúde não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes (actos diagnósticos e terapêuticos, doenças e traumatismos). De acordo com Batalha (2010) apesar de se saber pouco

sobre a epidemiologia de dor na criança, estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superiores a 90%.

A consciencialização desta realidade por parte dos profissionais de saúde parece ser imperiosa, quanto mais não seja porque se reconhece a avaliação da dor como o primeiro passo para o seu controlo. Contudo, na prática isso nem sempre se verifica e os profissionais consideram-se satisfeitos com os cuidados que prestam. A incompreensão e a incapacidade em avaliar e controlar a dor em pediatria devem ser motivo de reflexão, análise e discussão (BATALHA, 2010).

Para a criança a dor é uma experiência comum e perturbadora que se reveste de características sensórias e componentes emocionais e culturais associadas ao próprio fenómeno. O conceito de dor, dada a sua complexidade, acarreta dificuldades acrescidas na criança tanto na avaliação, como na prevenção e tratamento.

Assim, a dor é pela sua frequência e pelos efeitos nefastos que pode ocasionar na criança não só uma exigência no plano ético e moral mas constitui também um factor de qualidade do atendimento hospitalar, facto vincado nas normas de actuação de várias entidades certificadoras, pelo que garantir a prevenção e tratamento adequado da dor em Pediatria, com o fim de obter uma intensidade de dor inferior à necessidade de intervenção terapêutica (dor ligeira), é considerada uma meta a atingir assim como um objectivo fundamental para todos os profissionais. Perante tal, a gestão da dor nas crianças exige uma actuação planeada, organizada e validada cientificamente, na qual os profissionais de saúde têm o dever de mobilizar todos os seus conhecimentos para que as crianças não tenham dor. Para o seu controlo torna-se essencial a conjugação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de forma a otimizar o bem-estar da criança.

Consideramos que investir na formação dos enfermeiros, reforçando os seus conhecimentos e valorizando-os, contribui para a qualidade dos cuidados prestados, particularmente na área da dor. A mudança só é possível quando caracterizada a realidade, reconhecida a problemática e implementadas gradualmente soluções que viabilizem a excelência dos cuidados.

Da nossa prática diária no contexto de um serviço de urgência pediátrica, podemos constatar que o alívio da dor nem sempre é prioritário na prestação de cuidados à criança, incidindo-se muito sobre a vertente técnica dos procedimentos e sobre a procura de um diagnóstico, relegando para segundo plano o alívio da dor enquanto sintoma *per si*, torna-se por isso essencial a adopção de atitudes que visem prevenir ou diminuir a dor associada à situação patológica e aos procedimentos. No exercício

diário parece persistir ainda uma lacuna entre os conhecimentos existentes relativamente ao controlo da dor e o que efectivamente se realiza na prática.

Na actual conjuntura económica, com as cada vez mais frequentes restrições, quer a nível económico quer de recursos, as intervenções não farmacológicas constituem-se como uma alternativa válida e viável, usadas de forma isolada ou em associação com as intervenções farmacológicas.

De acordo com alguns estudos realizados no domínio da dor pediátrica em Portugal, a falta de sensibilização e formação dos profissionais, a incapacidade em conceptualizar e quantificar a dor aliados à pouca investigação de campo realizada no nosso país e à deficiente organização dos serviços, são apontados como obstáculos ao controlo eficaz da dor. Sendo que para haver mudança é necessário conhecer e compreender a realidade torna-se essencial analisar e compreender os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros na gestão da dor na criança.

Com o intuito de querer contribuir para a prestação de cuidados de excelência à criança, propomo-nos a realizar um estudo sobre a problemática da dor na criança. Nesta linha de pensamento e dada a relevância para a equipa de enfermagem, na gestão e controlo da dor, sentimo-nos motivados para a realização de um estudo onde pretendemos saber quais os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros e qual é na prática diária o uso das intervenções não farmacológicas na gestão da dor na criança.

Perante o referido anteriormente surge-nos ainda a questão:

Haverá factores sociodemográficos relacionados com os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros?

Assim delineámos como objectivos:

- Analisar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros e o uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Verificar se existe relação entre algumas variáveis socioprofissionais e os conhecimentos e atitudes sobre as intervenções e o uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Identificar barreiras ao uso das intervenções não farmacológicas para o controlo da dor na criança.

Neste sentido o presente estudo visa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à criança através do melhor controlo da dor, ao potenciar a compreensão dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas perante a criança com dor, assim como a identificação das barreiras e

das fragilidades existentes, com o objectivo de proporcionar um controlo mais adequado, efectivo e eficiente da dor na criança, quer pela melhoria dos conhecimentos teóricos e práticos inerentes ao controlo da dor, quer pela utilização de intervenções não farmacológicas e farmacológicas, o que poderá no futuro contribuir para o desenvolvimento de um novo indicador de qualidade em saúde.

Estamos convictos da pertinência do tema em estudo, da sua utilidade e actualidade pela reconhecida dificuldade em avaliar, quantificar e tratar a dor na criança. O recurso por parte dos enfermeiros a medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança de forma sistemática e sustentada, irá possibilitar ainda melhores cuidados em saúde.

Dada a natureza do tema a investigar, recorreremos a uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva e correlacional.

No que concerne à estruturação desta dissertação, para além da presente introdução onde o estudo é justificado e problematizado, integra três outras partes fundamentais. A primeira é iniciada com a reflexão teórica efectuada após uma extensa revisão da literatura sobre a temática em estudo, onde serão abordados conceitos, teorias e outros aspectos relacionados com a dor, que nos permite obter uma visão multidimensional da experiencia dolorosa. Na segunda parte estão reunidos todos os procedimentos metodológicos relativos ao modo como decorreu o trabalho de campo. Serão abordados os parâmetros relacionados com as opções metodológicas e as estratégias de colheita de dados seleccionadas.

Por ultimo, na terceira parte, fornecendo-nos o auge deste percurso, apresentamos, analisamos e discutimos os dados, onde é incluída a caracterização da amostra, tecendo-se posteriormente as conclusões, onde reflectimos sobre os aspectos mais significativos resultantes da análise dos conhecimentos e das atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas e sobre a sua percepção do uso na gestão da dor na criança.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. O FENÓMENO DA DOR E A EXPERIÊNCIA DE DOR**

A dor está irremediavelmente ligada à condição humana, seja entendida como sintoma ou como doença. Embora muito se tenha dito e escrito sobre a dor, o facto de ser uma sensação íntima e pessoal, faz com que defini-la com precisão seja difícil.

Desde a antiguidade que o Homem sempre procurou as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos inerentes ao seu controlo, resultando assim diferentes interpretações das suas dimensões de acordo com cada sociedade e com o momento histórico. Assim, apesar de a dor ser um fenómeno amplo, não é expressa do mesmo modo em todas as culturas e talvez não seja sentida de modo idêntico por todos os indivíduos (TEIXEIRA, 2003).

### **1.1. Definições de DOR**

A origem etimológica da palavra DOR é proveniente do latim “*dolore*” que significa “dor física, sofrimento corporal, inquietação, ira e raiva”. O seu conceito sofreu evolução ao longo dos tempos e para a sociedade científica o seu significado é hoje diferente.

A dor representa um fenómeno associado a uma sensação desagradável, independentemente da sua duração ou origem, definido pela maioria dos autores como um acontecimento individual e subjectivo. É uma experiência universal, difícil de estudar desde sempre, pelo facto de ser subjectiva e da própria percepção individual da dor não ser consistente, podendo variar consoante o contexto e consoante o indivíduo.

Como experiência subjectiva que é, a dor é um desafio constante dado ser difícil 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 POLICY & RESEARCH, 1992). Também McCaffery e Beebe (1989) definem a dor como sendo qualquer coisa que a pessoa que experimenta diz que sente, existindo sempre que a pessoa diz existir.

A dor é um fenómeno multidimensional dependente da existência como ser individual e da percepção sensorial e emocional do indivíduo (MELZACK e WALL, 1965). Para ser definida de um modo satisfatório deve envolver uma perspectiva multidimensional e englobar várias dimensões: fisiológica, sensorial, cognitiva, comportamental e sociocultural. Isto origina uma intervenção multidisciplinar, multimodal e

individualizada, por parte dos profissionais de saúde (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, SOCIEDADE AMERICANA DA DOR, 2001).

Em 1979, a Internacional Association for Study of Pain (IASP) definiu a dor como

*“ uma experiencia multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial e associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos de danos”.*

Esta definição da IASP circunscreve que o significado da dor deve ser aprendido através da experiência e articulado com o contexto da comunicação verbal. Esta conceptualização da dor perpetua os conceitos errados de que às crianças faltam as competências linguísticas para experienciar a dor (ANAND e CRAIG, 1996), sendo para tal necessários outros requisitos para avaliar a dor que estão a experienciar.

Também Correia e Linhares (2008) referem que a definição da IASP é incompleta, por desconsiderar que as crianças mais pequenas sentem dor, apesar de não serem muitas vezes capazes de descrever o que sentem.

Perante a questão de como avaliar a dor em indivíduos que não conseguem comunicá-la verbalmente, foi no ano de 2003 publicada uma adenda pela IASP, na qual foram codificadas na sua definição com o fim de evitar prejuízos relativamente às experiências de dor nas populações não-verbais, a mesma expandiu a definição de dor da IASP tendo em atenção que a “incapacidade de comunicar a dor verbalmente não nega a possibilidade de o indivíduo estar experienciando dor e a sua necessidade de tratamento apropriado para o alívio da dor” (IASP Task Force on Taxonomy, 2003). Esta definição veio equiparar a importância dos indicadores não-verbais e verbais. A integração da comunicação não-verbal na corrente definição de dor enfatiza que não podemos simplesmente extrapolar os princípios e as estruturas valorizados no adulto para a população infantil, em vez disso, devemos ter conhecimentos de como o desenvolvimento imaturo da criança pode ter impacto nos mecanismos de dor e da importância crucial do papel do cuidador (ANAND, 2007).

Desta forma, reconhece-se que todo o indivíduo, independentemente da faixa etária, capacidade cognitiva, patologias ou sequelas, pode sentir dor, mesmo na incapacidade de comunicar tal ocorrência. A transmissão verbal pode consistir em várias palavras para descrever a dor, no entanto, a ausência de transmissão ou expressão verbal não implica ausência de dor.

Também a Associação Americana da Dor, em 1999 definiu a dor como 5º sinal vital, com a intenção clara de aumentar a consciência dos profissionais de saúde em relação à importância da identificação, avaliação e gestão da dor (AMERICAN PAIN SOCIETY, 1999). Em Portugal foi em 2003 que a dor passou a ser considerada o 5º sinal, de acordo com a Direcção Geral de Saúde, importa que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e de rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (DGS, 2003).

A DGS (2003, p.1) refere ainda que *“a Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)”* e que *“(...) o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”*. Constituindo-se assim como uma prioridade no sector da prestação dos cuidados de saúde.

Ainda de acordo com a DGS (2008) a dor é um fenómeno de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, o sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, tendo como objectivo desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura.

No entanto após cumprida a função vital de alarme, a dor não apresenta qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos vários sistemas (imunitário, endócrino e nervoso), que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor, a importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, sobretudo no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para procura de cidadãos de saúde por parte da população em geral. Igualmente a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correcto. O controlo da dor deve ser por isso encarado como uma prioridade no âmbito da

prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

Apesar de não existir nenhuma definição satisfatória e universalmente aceite de dor, é consensual que a dor deve ser interpretada na subjectividade e unicidade de quem a descreve. Deve ser também enquadrada no desenvolvimento da criança, para além de se fazer acompanhar de memórias passadas, crenças e mitos, havendo uma grande variabilidade na percepção e expressão de componentes da mesma experiência dolorosa (FRAGATA, 2010).

Podemos concluir que a dor não é como outras modalidades sensoriais, não resulta de uma única sensação mensurável, é uma experiência, cuja natureza depende não só da qualidade dos estímulos mas também da programação dos mecanismos de percepção da dor e da sua interpretação cerebral, não há uma única via no sistema nervoso que seja responsável pela percepção da dor, esta pode ser interpretada como uma resposta integrada de vários mecanismos.

## **1.2. O fenómeno da Dor na criança**

Estudos específicos sobre a dor na criança só começaram a ser realizados no final da década de 1970, tendo o seu maior impulso no início dos anos 90. A primeira publicação sobre o tratamento inadequado da dor em crianças remonta ao ano de 1977. Foi nesse ano que os estudos realizados por Eland e Anderson (1977) denunciaram pela primeira vez o subtratamento da dor na criança comparativamente aos adultos. As pesquisas desenvolvidas demonstraram um grande número de evidências científicas e da capacidade do recém-nascido, ainda que prematuro de responder a estímulos dolorosos. Foram também de grande importância os trabalhos desenvolvidos por Anand *et al* (1999), que comprovaram existir uma maior sensibilidade do recém-nascido à dor, relativamente ao adulto.

Foi a partir de 1980 que começaram a surgir trabalhos científicos mostrando as alterações a que estão sujeitos os recém-nascidos submetidos à dor. O *stress* doloroso leva a alterações cardiorrespiratórias: taquicardia, aumento da pressão arterial, decréscimo na pressão parcial de oxigénio no sangue e sudorese palmar; hormonais e metabólicas: aumento dos níveis séricos de catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento; supressão de insulina e aumento de excreção nitrogenada; comportamentais: expressão facial, resposta motora e choro (PROCIANOY, 1994). Nas crianças maiores, a dor além de causar alterações fisiológicas profundas, alterando a pressão arterial, frequência cardíaca entre outras, pode afectar também a dimensão psicológica causando ansiedade e angústia.

Contemporaneamente existe uma preocupação particular pela dor da criança, o que nem sempre se verificou. No entanto, constata-se que apesar dos conhecimentos na área da fisiologia da dor, do desenvolvimento dos métodos de avaliação da dor no lactente e na criança pré-verbal e das medidas terapêuticas para o alívio da dor, continua a persistir uma grande lacuna entre o conhecimento teórico e a prática de cuidados por parte dos profissionais de saúde (GUINSBURG, 1999).

É consensual que durante anos, as crianças sofreram desnecessariamente devido a falhas no reconhecimento e gestão da dor (ANAND e CRAIG, 1996; AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS e AMERICAN PAIN SOCIETY, 2001). Os pais, enfermeiros e médicos têm um papel importante e distinto na avaliação e gestão da dor na criança. Os pais podem estar, em alguns casos, numa situação privilegiada para advogar cuidados à dor apropriados, o exemplo é o surgimento da pesquisa sobre a dor na criança ter começado no ano de 1980, o que pode ser em grande parte creditado à advocacia parental que foi iniciada, quando foi descoberto que um recém-nascido prematuro gravemente doente foi submetido a grandes cirurgias sem analgesia, altura em que eram prevalentes os mitos de que as crianças não sentiam dor (AMERICAN PAIN SOCIETY, 2005).

Verificamos que a pesquisa e o conhecimento sobre a dor na criança têm crescido exponencialmente nos últimos 20 anos. No entanto, apesar do aumento da evidência científica sobre a dor pediátrica, a dor relacionada com os procedimentos continua a ser subtratada. Os pacientes pediátricos frequentemente experimentam a dor como resultado de múltiplos procedimentos sem que se adequem intervenções para a minimizar e sendo a dor resultante de procedimentos habitualmente pior do que a dor da condição inicial (MACCAGNO, 2009).

Também Twycross (2000) afirma que o alívio e o controlo da dor na criança têm recebido maior atenção desde o final dos anos 70, tendo nos anos 80 e 90 crescido exponencialmente o número de artigos publicados sobre o tema. Contudo e apesar do crescente interesse no controlo da dor na criança, muitos estudos realizados indicam que esta é ainda subvalorizada e subtratada na criança, particularmente quando comparada com os adultos.

Segundo a IASP (2006) a dor tem sido uma área prioritária de investimento em países desenvolvidos, contudo em Portugal esta preocupação é recente, tendo-se verificado ao longo dos últimos anos a necessidade de um melhor controlo da dor em particular na população pediátrica.

Para a criança, a dor é uma experiência perturbadora e assustadora na maioria das situações. Contudo, as crianças variam em gênero, idade, nível cognitivo, experiência prévia de dor e consoante a aprendizagem familiar e cultural. São estas características que modelam a forma como a criança vai interpretar as várias sensações provocadas pela lesão tecidual (FERNANDES, 2000).

De acordo com Batalha (2010) os mecanismos básicos de percepção da dor (transdução, transmissão, percepção e modulação) são idênticos entre crianças e adultos, apenas com algumas exceções ao nível da maturidade neurofisiológica e cognitiva.

Para Howard (1994) constituía-se como uma questão fundamental e tema de considerável debate na área da pediatria, compreender até que ponto um recém-nascido era capaz de detectar e de responder a um estímulo doloroso. De acordo com o autor, ao nascer comparativamente com o adulto, o sistema nervoso apresenta uma relevante hipersensibilidade a estímulos sensitivos, sendo que, os limiares de resposta a estímulos mecânicos e térmicos apresentam-se diminuídos, o que corresponde a uma manifestação da diferença no processamento da dor entre o sistema nervoso imaturo e maturo.

Contudo, hoje não restam dúvidas quanto à capacidade de resposta das vias nociceptivas, que embora imaturas, dão origem a reacções globais particularmente desagradáveis para o recém-nascido e que podem ser classificadas como dores. É do conhecimento geral que os componentes do SNC necessários à emissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão patentes no recém-nascido de termo e em prematuros com idade gestacional de vinte e quatro semanas, apesar de o amadurecimento e estruturação desta estrutura continuar durante a vida pós natal (OKADA & TEIXEIRA, 2001). Está comprovado que as vias da dor, os centros corticais e subcorticais imprescindíveis para a percepção da dor e os sistemas neuroquímicos associados com a transmissão e modulação da dor estão intactos e funcionantes no recém-nascido. A velocidade de condução das fibras não mielinizadas é compensada pela menor distância que o impulso tem de percorrer (OKADA & TEIXEIRA, 2001).

Grunau *et al.* (2002) asseguram que os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para perceber a dor. O sistema neurobiológico necessário para a nociceção apresenta-se arquitectada entre a vigésima quarta e a vigésima oitava semanas de gestação e as estruturas periféricas e centrais estão presentes e funcionais precocemente entre o primeiro e o segundo trimestre. Os mesmos autores referem ainda que é por volta da sétima semana de gestação que surgem os primeiros

receptores sensório-cutâneos na região perioral do feto humano. Por volta da vigésima semana toda a superfície cutâneo-mucosa do feto apresenta receptores nervosos e a partir da vigésima quarta semana foram reconhecidos neurónios e vias nervosas suficientes para processar a sensação dolorosa no tronco encefálico.

Apesar da imaturidade do sistema nervoso, as conexões para a condução da dor estão formadas antes do nascimento e o feto humano é capaz de perceber o estímulo nociceptivo por volta das trinta semanas de gestação, é nesta altura que existe a mielinização quase completa e as vias de dor estão inteiramente prontas para serem activadas no tálamo, onde ocorre o processamento da dor (ARANDA, 2005).

Relativamente à mielinização é de ressaltar que mesmo no adulto, muitos impulsos sensitivos são transmitidos por fibras não mielinizadas. Na realidade a mielinização incompleta do sistema nervoso implica unicamente uma velocidade mais lenta de condução do impulso nervoso nas vias nervosas centrais do recém-nascido, mas o que é compensado pela menor distância a percorrer entre os neurónios e o menor trajecto percorrido pelo impulso.

Para Batalha (2010) os argumentos anatómicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos, demonstram que as crianças, em particular os recém-nascidos (mesmo que prematuros) podem perceber a dor com mais intensidade que os adultos, referenciando o recém-nascido como hiperálgico, uma vez que apesar de os três principais eixos da dor estarem presentes e funcionais à 24ª semana de gestação e a maturação do córtex cerebral do feto permitir, desde a 28ª semana, responder a estímulos visuais, auditivos e nociceptivos, contudo o sistema inibidor é ainda indiferenciado aos três meses de vida. Este facto leva a que o desequilíbrio qualitativo e quantitativo entre o sistema nociceptivo e antinociceptivo leva a que a transmissão e percepção da dor seja aumentada e potenciada, sobretudo pela diminuição da capacidade em modular a dor.

Ainda de acordo com o autor supracitado, os mecanismos de controlo descendente apresentam-se imaturos, limitando a capacidade do recém-nascido modular a experiência dolorosa. A capacidade de neuroplasticidade que o caracteriza, muda e desenvolve novas conexões neuronais em função dos estímulos tanto internos como externos que se irão manifestar em idades posteriores. Torna-se por isso fundamental reconhecer e tratar a dor eficazmente.

O subtratamento da dor na criança tem sido frequentemente documentado na bibliografia publicada. É da responsabilidade dos profissionais de saúde evitar que as crianças passem por experiências dolorosas, uma vez que o seu impacto futuro pode

provocar efeitos a longo prazo significativos, é preciso investigar as causas subjacentes e intervir. No entanto, torna-se difícil enumerar com certeza as causas para o tratamento inadequado da dor, mas a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Americana da Dor, atribuem o controlo não eficaz da dor a mitos, conhecimentos insuficientes e aplicação inadequada do conhecimento existente (AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS, 2001).

Twycross (2007) nos estudos que realizou refere que o controlo da dor continua a ser suboptimizado, de acordo com a autora, para perceber os factores que contribuem para a continuidade do controlo inadequado da dor na criança é preciso analisar o conhecimento dos enfermeiros (conhecimentos e crenças) e também o que fazem durante o processo de cuidar da criança com dor. De facto só será conseguido um controlo efectivo da dor na criança quando esses factores forem identificados e quando se intervir na área da formação, sendo que, para se conseguir alcançar esses objectivos, torna-se fulcral a abordagem dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais de saúde.

A corroborar estas ideias também a Ordem dos Enfermeiros (2003) refere que para os enfermeiros, o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática. Salienta ainda que, reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na percepção quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva a que os enfermeiros prestem cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo.

### **1.3.1. Factores que influenciam a experiência de dor**

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

A experiência dolorosa na criança resulta da interacção de uma multiplicidade de factores que influenciam a sensação de dor, desde o desencadeamento do impulso doloroso até à sua percepção e resposta a essa mesma dor. Apesar de ainda haver pouca investigação, para alguns autores as influências étnicas e culturais modificam as reacções à dor na criança. De igual modo, devemos estar atentos para o impacto que a cultura tem na percepção do enfermeiro sobre a dor da criança. Os profissionais de saúde são muitas vezes etnocêntricos, não tendo em conta estes factores (BATALHA, 2003).

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

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

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

Segundo Batalha (2010) as investigações desenvolvidas na área da dor conceptualizam-na como um fenómeno multidimensional em interacção dinâmica, e demonstram que cada pessoa possui uma singularidade própria na sua percepção e resposta, que acontece em função de inúmeras variáveis. A percepção, resposta, avaliação e tratamento da dor são influenciados por diversos factores que podem influenciar de forma positiva ou negativa a experiência de dor na criança. O autor refere ainda que apesar da maturidade estrutural e funcional ser atingida muito cedo, as alterações anatómicas e funcionais relacionadas com os efeitos das experiências ocorrem ao longo da vida, levando a que a percepção e o significado atribuídos à dor são únicos em cada pessoa e não apenas influenciados pela maturação mas também por variados factores individuais e contextuais.

Os métodos disponíveis para avaliar e medir a dor em pediatria não incorporam, adequada ou quantitativamente, todos os aspectos contextuais que influenciam a experiência dolorosa (FERNANDES, 2004). Da interacção entre os indicadores de dor destacam-se outras variáveis que podem modular a percepção, a intensidade, a sensação e a qualidade da dor experienciada (WALCO, 2005).

De acordo com Fragata (2010), cabe aos profissionais saber de que forma a percepção de dor na criança pode ser influenciada pelos seguintes factores:

- Factores biológicos – A identidade genética de cada pessoa revela diferenças na quantidade e tipo de neurotransmissores e receptores que medeiam a dor. Levando

tal facto a que os padrões originais da expressão de dor possam ser causados pelos traços genéticos e não somente por factores psicológicos;

Factores cognitivos – É reconhecido actualmente que considerar o nível de desenvolvimento cognitivo da criança quando se pretende avaliar a dor é essencial. São vários os estudos que demonstram que o nível cognitivo influencia as respostas das crianças às experiências dolorosas, bem como a capacidade de as descrever;

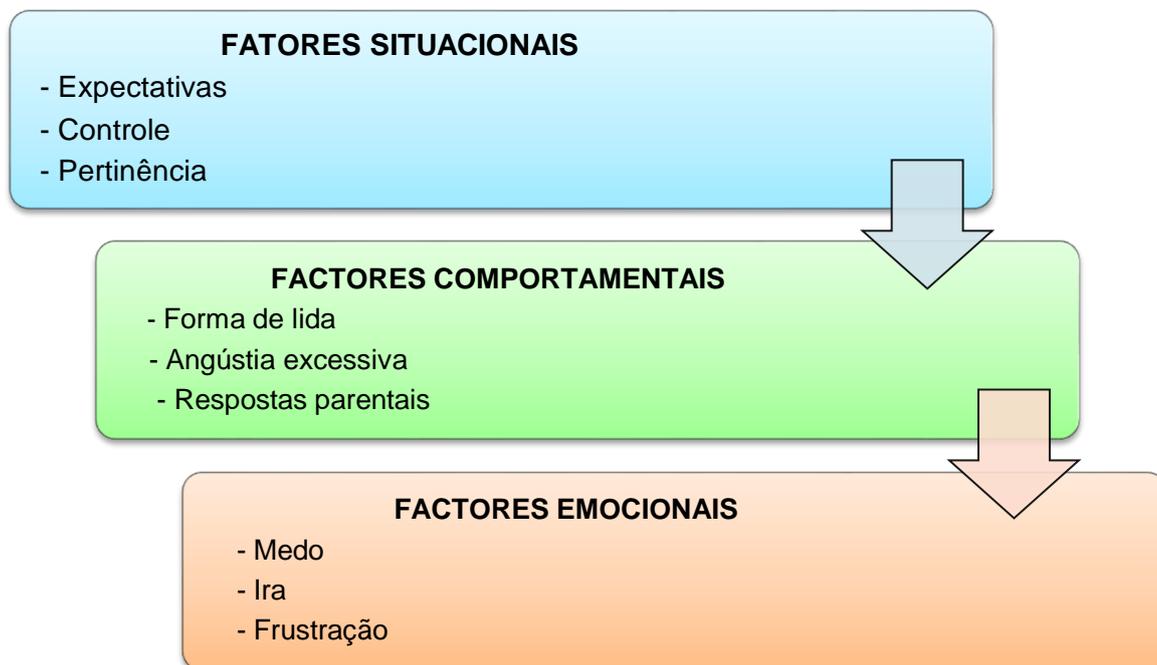
- Factores psicológicos – A memória é um processo activo que influencia processos subsequentes. A forma como as crianças relembram os procedimentos médicos dolorosos afecta a sua experiência de dor e stress durante os procedimentos seguintes;
- Factor sociocultural – A existência prévia de crenças e valores acerca da dor, influencia a forma como esta é gerida. Os valores culturais veiculados pela sociedade, como o sofrer em silêncio, marcam a resposta à dor. A influência da família no comportamento da criança é relevante na resposta da criança a situações dolorosas.

Desta forma perante a criança com dor devemos ter em conta que esta se encontra inserida num contexto particular e único, em que factores vários, não só aliados aos biológicos, cognitivos e psicológicos mas também ao contexto familiar e sociocultural onde estão inseridas, influenciam a percepção da experiência de dor.

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

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

**Figura 1** – Modelo dos factores situacionais, comportamentais e emocionais que afectam a dor na criança.



**Fonte:** Adaptado de Batalha (2003). *Os enfermeiros e a dor na criança*.

### 1.3.2. Reacções da criança à dor

A dor tem repercussões muito diversas e abrangentes, todo o ser humano reage de forma diferente à experiência de dor, pelo que há que ter em conta factores como a idade, a história pessoal, a personalidade, as experiências anteriores em relação à dor, a condição psíquica, os valores e os modelos culturais. É de todos estes factores que emerge o cariz multidimensional da dor que justifica a dificuldade na abordagem desta temática.

No estado actual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, devendo por isso, ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com impossibilidade de comunicação verbal (DGS, 2008).

É consensual que a criança exprime a dor de forma muito diferente, por vezes mesmo totalmente oposta à do adulto. Choros, gritos e agitação são comuns, mas nem sempre são sinais de dor. São antes a manifestação de uma aflição, de que alguma coisa não está bem. O facto de a criança chorar e gritar muito não implica forçosamente que esteja a sofrer muito. Na realidade, paradoxalmente, se a dor persistir ou se for muito intensa, os choros e os gritos podem cessar rapidamente.

Perante uma dor aguda ou uma dor que persiste há algum tempo, a criança deixa de chorar e de se agitar, desinteressa-se dos outros e deixa de brincar (CAMPOS, 2004).

Nas crianças mais pequenas, as reacções à dor aguda incluem movimentos corporais mais especificamente localizados na região dolorosa, acompanhados de verbalização de dor e desconforto. Entre o ano de idade e os três anos a criança tende a reagir violentamente, podendo mostrar-se birrenta, hiperactiva e inquieta. Algumas crianças podem adoptar atitudes menos facilmente identificáveis, limitando-se a reduzir a actividade espontânea, evitar situações de jogo ou apresentar alterações de sono e de alimentação. Pode ser difícil distinguir entre a criança que faz birras para chamar a atenção, e porque está habituada a que os adultos cedam a este tipo de atitude, da criança que adopta estas atitudes por entrar em pânico por se sentir completamente ultrapassada por uma situação que não compreende e que não controla (MORENO, 2011).

Embora existam diferenças nas manifestações individuais por razões temperamentais e de aprendizagem, as maiores diferenças relacionam-se com a idade. A dificuldade em reconhecer e valorizar a dor nas crianças esteve, em parte relacionada com a dificuldade em avaliar os fenómenos dolorosos na infância e com a diversidade das suas reacções. De modo a colmatar esta dificuldade, realizaram-se vários estudos para definir comportamentos primariamente associados com a dor nos recém-nascidos e nas crianças, de modo a definir critérios consistentes para a avaliação comportamental da dor em crianças com idades e experiências diferentes.

No geral os estudos mostraram que os recém-nascidos e lactentes as reacções á dor aguda incluem movimentos corporais, expressões faciais específicas e padrões de choro característicos. Começam por chorar vigorosamente e com toda a energia, particularmente nos casos de dor aguda e breve, mas com a continuação pode ficar prostrado e apático. Por outro lado o choro pode ter outros significados para além do sofrimento físico e do desconforto o que não pode ser ignorado na altura da avaliação (BARROS, 1999).

Nas crianças mais pequenas as reacções à dor aguda incluem movimentos corporais especificamente localizados na região dolorosa, associados a verbalização de dor e desconforto. Entre um e os três anos, a criança tende a reagir violentamente, apresentando-se birrenta, hiperactiva e inquieta. Algumas crianças podem adoptar atitudes menos perceptíveis, limitando-se a reduzir a actividade espontânea, evitar as situações de jogo, apresentar alterações de sono ou de alimentação. Pode ser por vezes difícil distinguir entre a criança que faz birras para chamar a atenção, da criança

que entra em pânico porque se sente ultrapassada por uma situação que não controla e que não compreende.

A partir dos quatro, cinco anos a criança começa a ser capaz de discriminar as diferentes sensações e de representar e verbalizar a dor. Deste modo passa a ser possível utilizar um conjunto de instrumentos para medir a dor e para ajudar a discriminar o grau e a duração. A reacção à dor já envolve um comportamento complexo e multifacetado que depende em grande parte do conceito de dor e das significações atribuídas aos episódios de dor, da experiência anterior da criança e das suas estratégias de conforto.

Para Batalha (2010) a criança sujeita a procedimentos dolorosos apresenta uma resposta global de *stress*, com libertação maciça de hormonas que levam à mobilização de substratos e ao catabolismo. Os recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos, sem a analgesia adequada, apresentam altos níveis de adrenalina, noradrenalina, corticóides, aldosterona, glucagon, hormona de crescimento e supressão de insulina que desencadeiam alterações metabólicas das quais resultam a mobilização e consumo de fontes proteicas e energéticas, o que leva a um estado hipermetabólico com hiperglicemia e acidose láctica. As alterações induzidas pela dor aguda podem assim lesar a criança, em particular o recém-nascido, dado que tem níveis catabólicos mais elevados e menos reservas nutricionais que os adultos. Destas alterações resulta o aumento da morbidade e da mortalidade.

As respostas fisiológicas da criança aos estímulos dolorosos estão bem documentadas. O impacto da dor e da ansiedade na criança é caracterizado por um aumento nos níveis circulantes de hormonas catabolizantes como as catecolaminas, o glucagon e o cortisol. Essas alterações hormonais reflectem-se num aumento do consumo de oxigénio, glicogenólise e lipólise (BARBOSA E GUINSBURG, 2003).

As respostas à dor aguda levam ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e intracraniana e à diminuição da saturação do oxigénio, que por si só podem desencadear ou agravar a situação clínica. Independentemente da sua localização, a dor aguda afecta a quase totalidade das funções orgânicas, e influencia de forma adversa a morbidade e a mortalidade. Os efeitos cardiovasculares incluem hipertensão, taquicardia, aumento da resistência vascular sistémica e apesar do débito cardíaco aumentar, este pode diminuir em doentes com patologia cardíaca. A nível respiratório, as necessidades aumentadas de oxigénio e a retenção de dióxido de carbono fazem aumentar a frequência respiratória, que por sua vez induz dor, particularmente no caso do pós-operatório de cirurgias abdominais e torácicas. A

imobilidade como forma de aliviar a dor promove o aparecimento de atelectasias, infecções e hipoxemia. As consequências a nível gástrico e urinário, dado ao aumento do tónus dos esfíncteres e à diminuição da motilidade intestinal e urinária, levam a retenção urinária, obstipação e a transtornos gástricos. Os efeitos hematológicos reflectem-se no aumento da adesividade plaquetária, fibrinólise reduzida e hipercoaguabilidade. No sistema imunitário como resposta ao *stress* ocorre leucocitose com linfopenia que predispõe às infecções. A nível do estado geral, a ansiedade leva alterações do comportamento, tais como irritabilidade, anorexia e distúrbios do sono entre outros (BATALHA, 2010).

As respostas fisiológicas à dor compreendem a activação do sistema nervoso e as mais comuns são: o aumento da frequência cardíaca, a diminuição do tónus vagal e da saturação de oxigénio, a alteração da pressão sanguínea, bem como outras alterações da função do sistema nervoso autónomo (variações da cor da pele, náuseas, vómitos, dilatação pupilar) e alterações hormonais associadas à resposta endócrina e metabólica ao *stress*. As modificações no comportamento na situação de dor estão ligadas à diminuição da interacção, indiferença à estimulação, prostração, hipotonia e postura sem reacção, levando ao isolamento e inexistência de momentos de lazer e brincadeira frequentes na idade (BATALHA, 2010).

Embora existam diferenças nas manifestações individuais por razões temperamentais e de aprendizagem, as maiores diferenças relacionam-se como foi referido com a idade da criança.

### **1.3.3. Causas de dor na criança**

A actual evidência científica de que as crianças sentem dor e expressam sentimentos de ansiedade quando são confrontadas com experiências dolorosas, foi até aos finais dos anos 80, um facto praticamente ignorado e desvalorizado, sendo até então vulgar admitir-se que as crianças sentiam menos dor que o adulto ou que só tardiamente os estímulos dolorosos podiam ser completamente percebidos pelas crianças (BARROS, 2010).

Com a intensificação dos estudos na área da dor emergiram uma grande diversidade de conhecimentos, no que se refere a causas, mecanismos geradores, intensidade, duração, localização, periodicidade, entre outras características. Para facilitar a gestão e manuseamento dos achados científicos, houve necessidade de agrupar e ordenar toda a informação existente, dando origem a várias classificações possíveis da dor: nociceptiva, neuropática ou psicogénica; somática ou visceral; fantasma; contínua ou

intermitente; ligeira, moderada ou intensa; aguda ou crónica (BARROS, 2010). Embora as experiências de dor sejam idiossincráticas e variáveis, a definição de diferentes tipos e experiências de dor tem orientado a sistematização da metodologia de intervenção. Abordaremos de seguida sumariamente a dor aguda e a dor crónica.

A dor aguda é considerada, por muitos autores como um sintoma que funciona como preservador da integridade orgânica, constituindo por isso um sinal de alerta biológico. Em termos cronológicos há autores que a definem como a que tem curta duração podendo ir de três a seis meses. No entanto, esta definição é considerada como insuficiente por alguns autores, definindo-a como *“uma dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma identificação temporal e/ou causal”* (IASP, 2014) e também referida como sendo uma complexa e desagradável experiência emocional, sensorial e cognitiva, ocorrendo como resultado de uma lesão ou trauma tecidual que, sendo a maioria das vezes nociceptiva poderá ser neuropática. Este tipo de dor caracteriza-se por apresentar etiologia normalmente conhecida, início súbito, fácil localização e duração previsível. É geralmente acompanhada por taquicardia, hipertensão, hipersudorese, aumento da dilatação das pupilas, aumento da tensão muscular, secura da boca, diminuição da motilidade intestinal, apresentando portanto sinais objectivos (METZGER *et al.*, 2002). As manifestações psicológicas mais frequentes são a ansiedade e angustia, o que segundo Metzger *et al.* (2002), favorece o desencadeamento de processos cognitivos, amplificando a intensidade dolorosa, o que leva a que este tipo de dor possa ser tratada ou evitada.

Acompanhando o aumento da média de vida das populações surgem as doenças degenerativas e crónicas, que trazem associadas a si a dor crónica. Esta, para além da duração, que sem consenso, a literatura referencia mais de seis meses, é vista como a que acompanha doenças crónicas causadoras de dor recorrente ou aquela que perdura após a cura dos danos físicos. A DGS definiu-a como *“dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com varias características e gerar diversos estádios patológicos”* (DGS, 2001, p.42). Segundo Metzger *et al.* (2002), esta resulta normalmente de alterações neuroplásticas físicas e químicas, provocadas pela hiperexcitabilidade do SNC. Os processos neuroplásticos surgem se a experiência dolorosa persistir para além de 24 horas ocorrendo alterações da estrutura e função do sistema nervoso, sendo responsáveis pelo aumento da duração, intensidade, distribuição da dor e evolução para os mecanismos subjacentes da dor e evolução

para os mecanismos subjacentes da dor crónica. Esta, contrariamente à dor aguda, não tem função de alerta do organismo, sendo difícil diagnosticá-la e tratá-la.

A dor crónica está habitualmente associada a sintomas como irritabilidade, anorexia, insónias, limita a capacidade de acção do indivíduo, gerando-lhe sentimento de impotência, desespero e, conseqüentemente, depressão. Provoca alterações no estilo de vida, com alterações do padrão de sono, nas actividades da vida diária, de trabalho e lazer, na auto-estima e auto-imagem, no humor, na vida sexual e nas relações sociais e familiares (METZEGER *et al.*, 2002). Le Breton (1995, p.31) define dor crónica como sendo

*“ um extenso e penoso obstáculo para a existência. Regista intensidade variável que vai desde a intermitência provocando efeitos penosos que alteram o desenvolvimento pleno da vida quotidiana, até à continuidade dolorosa dum sofrimento que paralisa a maior parte das actividades, sem o consolo de antever uma solução para o problema”.*

Embora menos frequente e generalizado, o controlo da dor, associado a condições crónicas que se prolongam e repetem ao longo do tempo, adquire grande importância para o bem-estar da criança e para o seu desenvolvimento global.

A dor crónica raramente é de causa única e tem localização por vezes pouco específica ou difícil de delimitar, sendo definida como o estado em que o indivíduo experimenta uma dor que é persistente. Frequentemente, a dor crónica é referida pelas suas conseqüências restritivas em termos de actividades que a criança não pode realizar (MORENO, 2011).

A dor crónica pode ser gerada na ausência de estímulo nocivo, e refere-se a processos patológicos crónicos nas estruturas somáticas ou de disfunção prolongada do sistema nervoso central (BATALHA, 2010).

#### **1.3.4. Prevalência de dor no Hospital**

Dos vários tipos de dor aguda, a dor relacionada com os procedimentos ocupa um lugar de destaque na área pediátrica. Durante a hospitalização, a criança além de sofrer a dor causada pela situação patológica, é também submetida a uma série de procedimentos que provocam dor. Quando falamos em procedimentos dolorosos, consideramos todas as intervenções de enfermagem que provocam dor. Os procedimentos de enfermagem à criança hospitalizada são geradores de dor ou desconforto e conseqüentemente motivo de sofrimento e ansiedade. São exemplo as

punções venosas, a administração de medicação endovenosa, a aspiração de secreções, a entubação naso e orogastrica, entre outros.

De acordo a International Association for the Study of Pain (IASP) compartilhando dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a prevalência da dor, salienta que 30% da população mundial sente dor em alguma fase da sua vida, sendo que destes, 10 a 40% sentem dor de duração de pelo menos um dia, o que traz sofrimento e incapacidade (IASP, s.d.).

É consensual que decorrente do processo de hospitalização a criança está exposta a diversos procedimentos que são inerentes ao processo de investigação diagnóstica e de tratamento que poderão causar dor e sofrimento (TEIXEIRA, 2006). Alguns estudos realizados demonstram que a dor é um dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes e um dos principais motivos para as pessoas procurarem os cuidados de saúde. No entanto, e apesar dos progressos registados nas últimas décadas na área da dor pediátrica, as crianças hospitalizadas continuam a sofrer de um alívio inadequado da dor (BEYER, 2000). Um estudo realizado no centro de dor da faculdade de medicina da universidade de São Paulo vem corroborar estes dados, os resultados obtidos evidenciaram que aproximadamente 57% das crianças hospitalizadas, com idades compreendidas entre os 4 e os 14 anos, apresentavam história de dor moderada a intensa (TEIXEIRA, 2006).

Em Portugal também Batalha (2010) realizou um estudo com 170 recém- nascidos, no qual fez 844 observações ao longo de um ano, do qual concluiu que havia uma prevalência de dor de 94,8%, e durante 8 horas de observação constatou que foram realizadas 91,2% de intervenções potencialmente dolorosas.

Segundo as Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor da DGS (2012), os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde. A elevada frequência da realização de procedimentos invasivos nos serviços de saúde, aliada à possibilidade de se tratar a dor com segurança e ao conhecimento das consequências nefastas da dor não tratada conduziram, ainda de acordo com o mesmo documento emanado pela DGS, ao imperativo ético e clínico de reduzir o hiato existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para tratar a dor na criança.

Dos vários tipos de dor aguda, a dor relacionada com os procedimentos ocupa um lugar de destaque na área pediátrica. Durante a hospitalização, a criança além de sofrer a dor causada pela situação patológica, é também submetida a uma serie de procedimentos que provocam dor. Quando falamos em procedimentos dolorosos, consideramos todas as intervenções de enfermagem que provocam dor. Os

procedimentos de enfermagem à criança hospitalizada são geradores de dor ou desconforto e conseqüentemente motivo de sofrimento e ansiedade. São exemplo as punções venosas, a administração de medicação endovenosa, a aspiração de secreções, a entubação naso e orogastrica, entre outros.

A maioria dos procedimentos invasivos envolve dor e desconforto, que estão associados a ansiedade e perturbação. Este tipo de reacções é importante mesmo na criança saudável, pelo impacto que tem no seu desenvolvimento, nomeadamente nas atitudes de conforto das situações de *stress* mais rotineiras (MORENO, 2011).

Os procedimentos de enfermagem pediátrica podem ou não ser dolorosos, mas são geralmente assustadores para a criança. Mesmo que esta seja capaz de colaborar num procedimento a preparação é fundamental e pode ser facilmente realizada em qualquer situação. Qualquer procedimento que envolva a utilização de agulhas provoca tensão na criança, principalmente se se encontrar em idade pré-escolar, devido à sua inabilidade de verbalizar os seus sentimentos, podendo desenvolver medo ou ansiedade (RIBEIRO, SABATÉS e RIBEIRO, 2001).

A dor associada a procedimentos simples ou como consequência de tratamentos mais complexos, prolongados ou repetidos, é uma experiência frequente na infância (COHEN, MACLAREN & LIM, 2008). Foi a partir dos anos setenta que ocorreu a constatação de que as crianças apresentavam problemas comportamentais durante e após a hospitalização.

Os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde. A dor resultante dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, na qual ocorre lesão real ou potencial dos tecidos, resultante de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sendo frequentemente acompanhados de medo e ansiedade.

O medo e a ansiedade das crianças e dos pais são um factor agravante da dor, pelo que a ansiedade antecipatória deve ser minimizada através da correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde (SAÚDE, 2012).

Para Barros (2010) a dor associada a procedimentos é uma experiência de sofrimento frequente na infância, no entanto tem sido subavaliada e subtratada. A não utilização de estratégias eficazes para o controlo da dor durante os procedimentos invasivos, mesmo os mais simples como a vacinação, expõe a criança a sofrimento desnecessário e com conseqüências significativas.

A não utilização de estratégias para o controle da dor durante os procedimentos invasivos, expõe a criança a sofrimento desnecessário (YOUNG, 2005). Existem evidências de sequelas da dor não tratada associada a procedimentos, tais como ansiedade antecipatória em futuros procedimentos, sensibilização à dor devido a mudanças no modo como o sistema nervoso processa a dor e a eficácia reduzida dos analgésicos (TADDIO & KATZ, 2005).

Os procedimentos médicos invasivos desde os mais simples como as vacinas até aos mais exigentes e complexos, como a aspiração de medula ou desbridamento de tecidos nas queimaduras, são situações que têm sido alvo de numerosos estudos e ensaios de estratégias para o controlo da dor e da ansiedade (CUMINGS *et al.*, 1996).

No entanto, a dor associada a procedimentos e tratamentos continua a não ter sempre o atendimento necessário, a não utilização de estratégias para o controle da dor durante os procedimentos invasivos expõe a criança a sofrimento desnecessário (YOUNG, 2005). Existe evidência de sequelas de dor associada a procedimentos pediátricos e não tratada, tais como ansiedade antecipatória em futuros procedimentos, sensibilização à dor devido a mudanças no modo como o sistema nervoso processa a dor e eficácia reduzida de analgésicos (TADDIO e KATZ, 2005).

De acordo com a DGS (2012) a elevada frequência da realização de procedimentos invasivos nos serviços de saúde, aliado à possibilidade de tratar a dor com segurança e ao conhecimento das consequências nefastas da dor não tratada, conduzem ao imperativo ético de reduzir o hiato existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para tratar a dor das crianças.

São variados os procedimentos experienciados diariamente pelas crianças hospitalizadas. O diagnóstico e o tratamento implicam muitas vezes procedimentos invasivos tais como a punção venosa e as colheitas de sangue (YOUNG, 2005). Os enfermeiros estão envolvidos na grande maioria dos procedimentos dolorosos à criança hospitalizada e por isso têm um papel fundamental no controlo da dor. São frequentemente os responsáveis pela administração de analgésicos e pela monitorização da eficácia desse tratamento. As intervenções não farmacológicas podem ser usadas como uma alternativa às intervenções farmacológicas ou como suas adjuvantes. Estas intervenções mudam a percepção da dor e alteram assim o comportamento perante a dor.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (2005), há uma necessidade urgente de melhorar o tratamento das crianças hospitalizadas com dor, tanto por razões humanitárias e éticas como pelo facto de a dor não afectar apenas a

saúde da criança, mas potencialmente poder contribuir para a sua incapacidade e sofrimento. A Convenção das Nações Unidas reconhece que as crianças são um segmento vulnerável da população, e que por isso, têm direito a uma especial consideração em todos os aspectos, incluindo os cuidados de saúde. Apesar deste reconhecimento, a prevenção inadequada e o descuido no alívio da dor das crianças, é ainda uma realidade generalizada.

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

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

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

A dor não impõe apenas a determinação do problema físico, mas também problemas psicológicos, sociais e emocionais do seu sofrimento e deve ser realizada em conjunto com todos os profissionais que acompanham o doente. É aqui que entram as terapias complementares como adjuvante ao tratamento farmacológico, proporcionando o alívio da dor. A intervenção do alívio da dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso passa pela combinação de ambas.

A criança ao ser admitida numa unidade hospitalar é acolhida por uma equipa multidisciplinar, mas é a equipa de enfermagem que está mais

Os enfermeiros que trabalham em pediatria devem procurar responder às necessidades físicas e psico afetivas da criança, sabendo que cada criança é única e se insere num ambiente familiar e social que deve ser conhecido e respeitado.

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

## **2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR**

O controlo da dor compreende as intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento, assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Um tratamento eficaz da dor requer de acordo com a avaliação da dor, intervenções farmacológicas, caso seja justificada, e intervenções não farmacológicas. É de salientar que as intervenções não farmacológicas não substituem o tratamento farmacológico. Estas estratégias são eficazes por si só ou quando aplicadas conjuntamente e de acordo com o contexto. Dada a natureza deste trabalho abordaremos apenas as intervenções não farmacológicas no controlo da dor.

O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito de todas as crianças e o seu controlo efectivo exige que os profissionais de saúde disponham de inúmeras intervenções para conseguir resultados ideais. Basicamente as intervenções de redução da dor podem ser agrupadas em duas categorias: farmacológicas e não farmacológicas (HOCKENBERRY, 2006).

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) recomenda que a terapêutica da dor envolva não só intervenções farmacológicas, mas também, intervenções não farmacológicas.

É consensual que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que actuem nos diversos componentes da dor, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento. As intervenções não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas estas intervenções podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar. E isto sem os efeitos secundários associados, muitas vezes aos tratamentos farmacológicos.

Foram realizados alguns estudos que procuravam avaliar a aplicação das INF pelos enfermeiros pediátricos durante a sua prática (SALANTERA, 1999; JACOB & PUNTILLO, 1999), a maioria destes estudos indicaram que as INF não são utilizadas ao máximo pelos enfermeiros no controlo da dor.

As intervenções não farmacológicas têm sido usadas com eficiência como substitutas das terapias farmacológicas ou como suas adjuvantes no alívio da dor em crianças. Estudos recentes mostram a eficiência das intervenções não farmacológicas e as suas variadas possibilidades de uso na prática clínica.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível. Classifica as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. A sua importância reside no facto de muitas delas modificarem o significado da dor, pela sua utilização consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reacções de medo, ansiedade e depressão.

São várias as intervenções não farmacológicas disponíveis, a sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping*, do tipo de dor, do contexto e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afectiva).

Também a DGS (2012) nas normas de orientação técnica relativas ao controlo da dor salienta que existem factores mediadores da experiência de dor que não podem ser modificados, tais como a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural, contudo há um vasto leque de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que têm sido estudadas e que com eficácia e com segurança, reduzem a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nos latentes, crianças e adolescentes.

A eficácia das estratégias não farmacológicas no controlo da dor é determinada para cada caso. A escolha deve ser feita mediante o desenvolvimento cognitivo e a história de dor de cada criança, sendo consensual que a combinação de diferentes estratégias traz resultados mais evidentes.

Considera-se que as intervenções farmacológicas são usadas para tratar a dimensão somática (psicológica e emocional) da dor e as intervenções não farmacológicas são usadas com o propósito de tratar as dimensões afectivas, comportamentais e socioculturais da dor.



acupunctura, cromoterapia, aromoterapia, hidroterapia, dramaterapia, homeopatia, acupressão, reflexologia, shiatsu, reiki, meditação e ioga.

De seguida serão abordadas algumas intervenções não farmacológicas recomendadas pela DGS (2012) e pela OE (2013) passíveis de serem usadas no controlo da dor na criança no contexto actual de prestação de cuidados de enfermagem:

### **Massagem**

A massagem é uma terapêutica adjuvante que proporciona bem-estar à pessoa uma vez que o toque manual repetido reduz a tensão muscular, promove melhor circulação sanguínea e linfática, melhora a oxigenação local, o que resulta na diminuição da dor.

A massagem é uma terapia antiga, usada no alívio da dor. Melhora a circulação, devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático, relaxa a musculatura no local da sua aplicação, dando sensação de conforto e de bem-estar ao doente. São vários os movimentos que podem ser utilizados nesta técnica: deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração. Utilizada como uma INF a massagem é uma técnica simples que não necessita de nenhum equipamento especial, que actua produzindo uma sensação de bem-estar e diminuindo a dor, pois produz aumento da produção de endorfinas.

Numa meta-análise realizada por Vickers *et al.* (2004) na qual procuraram examinar os efeitos imediatos na massagem aplicada a recém-nascidos prematuros, na qual verificaram que os recém-nascidos que receberam massagens diariamente aumentaram mais de peso e tiveram tempos de internamento mais curtos que os do grupo de controlo.

Também Hernandez-Reif *et al.* (2001) realizaram um estudo em 24 crianças com queimaduras severas, as quais receberam uma massagem durante 15 minutos antes da realização dos pensos, tendo concluído que o grupo de crianças que recebeu a massagem indicou comportamentos mínimos de *stress* enquanto as crianças do grupo de controlo demonstraram múltiplos comportamentos indicativos de stress.

A massagem está contra indicada em pessoas com doenças dérmicas, na presença de tumores, cicatrizes recentes ou feridas abertas, em zonas adjacentes a fracturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório.

## **Calor e Frio**

A termoterapia representa a aplicação do calor ou do frio com objectivos terapêuticos. A actuação do calor superficial acontece por condução ou convexão, sendo a elevação térmica lenta e distribuída superficialmente aos tecidos orgânicos. Pode ser utilizado em patologias crónicas onde a dor e a contractura são dominantes. A simplicidade e acessibilidade dos agentes disponíveis generalizaram a sua utilização, e os seus efeitos e as contra-indicações são também bastante reduzidas.

Também Elkin, Perry e Potter (2005) enumeram alguns dos efeitos terapêuticos obtidos com a aplicação do calor:

- Promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área afectada, distribuindo os nutrientes, a remoção de detritos e diminui a congestão venosa nos tecidos lesados;
- Reduz a viscosidade sanguínea e a tensão muscular, melhorando a distribuição de leucócitos e antibióticos no local afectado, produz o relaxamento muscular e reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez;
- Aumenta o metabolismo tecidual, acelera a circulação e providencia calor local;
- Produz o aumento da permeabilidade capilar que promove a remoção de metabolitos e aporte de nutrientes.

Este tipo de calor pode ser aplicado sobre o local de dor através de sacos com água quente, compressas ou toalhas humedecidas e pela imersão, com temperatura entre os 40º e os 45º, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao longo do dia. Não deve ser aplicado sempre que exista infecção, hemorragia activa, sobre o local do tumor em caso de neoplasia, traumatismos agudos e insuficiência vascular. Da aplicação do calor pode surgir: aumento do edema, insuficiência vascular, isquemia e necrose e queimaduras nos doentes com alteração da sensibilidade e do nível de consciência. É importante vigiar a temperatura, colocar protecção entre a fonte de calor e a pele, observar alterações na coloração e no aspecto da pele e não exceder o tempo recomendado. A aplicação do frio (crioterapia) reduz a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao Sistema Nervoso Central e aumentando o limiar doloroso, alivia o espasmo muscular pela redução da actividade do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos (EBNER, 1996).

Um estudo realizado por Ebner (1996) que envolveu 40 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, as quais foram submetidas à aplicação de frio durante 15 minutos antes da realização de uma injeção intramuscular, mostrou reduzir ligeiramente a percepção da dor.

### **Soluções açucaradas**

As soluções açucaradas, tais como a glicose a 30% ou a sacarose a 24% surgem frequentemente na literatura, como uma intervenção não farmacológica recomendada.

Desde 2000 que a solução de sacarose é a intervenção não farmacológica recomendada pela Academia Americana de Pediatria e Sociedade Pediátrica Canadense (American Academy of Pediatrics, 2000) para o alívio da dor aguda durante procedimentos de rotina nas unidades de cuidados intensivos neonatais. A sacarose liberta opióides endógenos e tem efeito analgésico, actuando na dor aguda, de acordo com indicadores comportamentais e fisiológicos.

A sacarose com ou sem sucção não nutritiva foi alvo de vários estudos para a gestão da dor na criança. A redução das respostas à dor é particularmente evidente quando são administrados 2 ml de sacarose no terço anterior da língua, aproximadamente 2 minutos antes de estímulos dolorosos (STEVENS *et al.*, 1997). Estes 2 minutos aparentam coincidir com a libertação de opióides endógenos libertados pelo sabor doce da sacarose (STEVENS *et al.*, 1999).

### **Sucção não nutritiva**

As chupetas são utilizadas na generalidade mas só recentemente o seu uso foi analisado como intervenção não farmacológica. Pensa-se que a sucção não nutritiva produz analgesia através da estimulação orotáctil e de mecanorreceptores quando a chupeta é introduzida na boca da criança. A sucção não nutritiva tem como hipótese, a modulação da transmissão ou do processamento da nocicepção através da mediação de sistemas endógenos não opióides (NORONHA, 2007).

A sucção não nutritiva, com o dedo enluvado ou com chupeta, não tem propriedades analgésicas intrínsecas sendo por isso apenas uma medida coadjuvante para o tratamento da dor nos recém-nascidos e lactentes, contudo, inibe a hiperactividade, modulando a dor e o desconforto. O uso da chupeta não diminui a dor, contudo melhora a disposição da criança após um estímulo doloroso, reduzindo as repercussões fisiológicas e comportamentais. Apesar das controvérsias associadas ao uso da chupeta, que surge como causa de abandono da amamentação, a sucção não nutritiva parece ter grande utilidade na organização neurológica e emocional após um estímulo nocivo (NORONHA, 2007).

O uso da chupeta inibe a hiperactividade, modula o desconforto do recém-nascido. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção. Embora existam controvérsias relativamente ao uso de chupetas

sobretudo nas unidades de cuidados intensivos neonatais pela sua possível interferência com o aleitamento materno, a sucção não nutritiva em prematuros muito manipulados parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional do recém-nascido após um estímulo agressivo (GUINSBURG, 2004).

### **Leite materno**

Os efeitos analgésicos do aleitamento materno foram estudados em crianças de termo saudáveis. Usando medidas comportamentais e fisiológicas, as crianças que foram amamentadas durante a punção com lanceta choraram menos e tiveram um menor aumento da frequência cardíaca associada ao procedimento (GRAY, 2000). O leite materno além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afectivos pode também constituir-se como uma intervenção para o alívio da dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013). A amamentação aparenta ser um meio simples e com custos diminutos, para reduzir a dor derivada de procedimentos em crianças consideradas medicamente estáveis, contudo a sua utilização em crianças doentes ou muito prematuras permanece problemática, porque podem não tolerar a alimentação.

### **Posicionamentos**

A mudança de decúbito também é considerada uma técnica de controlo da dor, na qual o objectivo é proporcionar conforto e bem-estar. Esta acção é útil como coadjuvante em casos de dor moderada a intensa, assim como ser utilizada isoladamente quando a dor é leve ou quando advém da permanência prolongada numa mesma posição.

Os ninhos baseiam-se na técnica de contenção facilitada através da contenção delicada dos membros superiores e inferiores em flexão, posicionados na linha média, próximos do tronco e da face, em decúbito lateral, proporcionando uma contenção firme e elástica. Como resultado desta prática obtém-se um fluxo contínuo de estímulos ao SNC, que podem concorrer com os estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e coadjuvando a auto-regulação em procedimentos dolorosos de pequena intensidade (SILVA, 2007).

A utilização das mãos para posicionar a criança de forma a providenciar “ninho”, este tipo de posicionamento para procedimentos facilita o desenvolvimento da auto-regulação na criança. Pensa-se que a contenção reduz a dor ao providenciar a estimulação gentil através dos sistemas sensoriais proprioceptivos, terminais e tácteis. Através da limitação das fronteiras motoras, a contenção pode facilitar a auto-regulação e a diminuição da resposta à estimulação dolorosa (SILVA, 2007).

## **Toque**

A sensibilidade táctil representa o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e a amadurecer. O toque é uma forma de tratamento complementar que acompanha outros procedimentos. Além de ser uma forma de comunicar, é um comportamento que inclui alguns dos elementos essenciais ao desenvolvimento do ser humano, ao proporcionar-lhe bem-estar físico e emocional. A falta de toque e de afecto por parte de quem cuida leva a danos emocionais que desorganizam a fisiologia e o comportamento das crianças (SILVA, 2007).

## **Técnica Canguru**

Actualmente é bem conhecida a “técnica do canguru” que promove o contacto da pele entre a mãe e o bebé, de forma a melhorar a performance ventilatória, diminuir as apneias e a necessidade de oxigénio, proporcionando estabilidade térmica e reduzindo os períodos de choro.

A técnica de canguru é definida, como pegar no recém-nascido ao colo em contacto pele a pele de encontro ao corpo da mãe, direito num ângulo de 40 a 60º, e com o seu corpo coberto com a blusa da mãe. O contacto pele a pele reduz significativamente o choro em 85% e os esgares em 65% relativamente ao grupo de controlo (GRAY *et al.*, 2000). Esta técnica é segundo os autores um método natural e não invasivo de providenciar analgesia durante procedimentos dolorosos.

## **Distracção**

A distracção acontece sempre que alguém focaliza a atenção num estímulo diferente da dor, podendo aumentar a tolerância do doente à mesma e/ou reduzir a sua intensidade. Pode ser aplicada enquanto se aguarda que os analgésicos produzam efeitos ou para aliviar a dor enquanto se realiza um procedimento doloroso, incentivando a pessoa a falar sobre uma lembrança agradável, um livro ou sobre a sua família (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

A distracção reduz a percepção da dor da pessoa e melhora a disposição da pessoa dando-lhe a sensação de controlo da situação dolorosa. O ensino sobre esta técnica pode ser conseguido em poucos minutos, é necessário que o doente seja capaz de focar a sua atenção em qualquer coisa e consiga ouvir a descrição ou a sugestão de técnicas de distracção. A respiração profunda e regular pode ser uma alternativa de distracção na qual o doente centra a sua atenção na respiração. É uma técnica que permite direccionar a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, sendo especialmente útil no controlo das dores de curta duração. As

crianças podem ser distraídas através da leitura, música, jogos, meios audiovisuais e exercícios de respiração em simultâneo com a realização do procedimento (SINHA *et al.*, 2006)

Num estudo realizado por Sinha *et al.* (2006) mostrou que o uso de técnicas de distração reduziu as componentes afectivas e sensoriais da dor na criança ( $n=240$ ) com idade entre os 6 e os 18 anos, submetidas a sutura no serviço de urgência.

McCaffery (1990) refere o uso da música como uma intervenção não farmacológica efectiva para o controlo da dor, por ser um método de distração e estar entre as estratégias mais eficazes, além de ser bem aceite pelos doentes. É reconhecido que a música tem sido utilizada desde a antiguidade para melhorar o bem-estar como também para aliviar a dor e o sofrimento. A musicoterapia com ou sem a sucção nutritiva resulta em intensidade de dor menos e em medidas reduzidas da frequência cardíaca e da saturação de oxigénio (STEVENS *et al.*, 2007).

Parece que a música pode funcionar primariamente como uma forma de distração e desta forma influenciar indirectamente a resposta à dor. A distração pode facilitar a habituação ao estímulo doloroso, possivelmente porque atrai em alternativa a atenção exigindo limites de tarefas à capacidade de processar a dor (STEVENS *et al.*, 2007).

### **Fornecimento de informação preparatória**

Explicar e fornecer a informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um direito das crianças. A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento. Esta informação implica explicar à criança as etapas do procedimentos e/ou sensações provocadas, através de desenhos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu autocontrolo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

### **Imaginação guiada**

A imaginação é uma técnica em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento, através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Actua como distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de quatro anos, conduzindo a imaginação para um lugar agradável ou num jogo, reduzindo a sensação dolorosa pelo bloqueio da informação nociceptiva. Este tipo de técnica requer o envolvimento activo da criança e exige o dispêndio de algum

tempo para que a explicação do método seja eficaz (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

### **Relaxamento muscular**

Esta estratégia permite preparar a criança para uma situação stressante ou desagradável, como o caso dos procedimentos dolorosos, ajudando a controlar a ansiedade associada ao acontecimento, é útil em todas as idades mas é particularmente importante para os adolescentes. O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, as náuseas e a dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

O relaxamento potencia a diminuição da tensão muscular, facilita o sono, aumenta o autocontrolo, reduz a fadiga, distrai e reforça a relação enfermeiro/doente pela atenção individualizada. Podem envolver exercícios de respiração diafragmática, exercícios de relaxamento muscular e exercícios de relaxamento activo. A escolha do tipo de relaxamento depende do tempo disponível, da preferência da criança, da experiência do enfermeiro e da idade da criança.

### **Reforço positivo**

Esta técnica procura transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio. Após um acto doloroso a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio, quando esta manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

### **Dessensibilização**

O recurso a esta técnica envolve o ensino de técnicas de *coping* (como por exemplo o relaxamento e a demonstração) com o objectivo de alcançar níveis baixos de ansiedade. É de grande utilidade para os medos relacionados com os procedimentos médicos, no entanto implica tempo e muitos recursos, pelo que não é comumente usado em pediatria (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

### **Presença dos pais**

A presença da mãe ou do pai, ou do cuidador, tem como objectivo afastar ou suprimir estímulos dolorosos através da satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança proporcionando alívio.

A separação dos pais é habitualmente geradora de *stress* e pode aumentar a percepção de dor. Para as crianças os pais são fonte de protecção, confiança e

carinho, a sua presença só por si não é suficiente para uma gestão eficaz da dor. Os profissionais de saúde devem negociar com os pais a sua presença, ensinando-os a ter uma presença de qualidade. Esta presença de qualidade passa por tocar, falar, deixar chorar, não mentir e ajudar a lidar com os procedimentos distraíndo e animando. No entanto na literatura consultada, os estudos realizados sobre a presença dos pais não permitem afirmar que existe uma efectiva redução da dor mas somente uma redução no *stress* da criança.

Dada a complexidade e subjectividade do ser humano e dos aspectos que lhe são inerentes no que concerne à dor, torna-se necessária uma intervenção multidisciplinar, numa perspectiva holística, que veja a criança na sua globalidade, o que certamente não será compatível apenas com uma abordagem meramente farmacológica.

### 3. GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA

Para uma gestão adequada da dor da criança é necessária uma análise cuidadosa da sua natureza, pois ela não é apenas uma consequência imediata e inevitável da lesão tecidual, não sendo por isso a sua intensidade apenas predeterminada pela extensão da lesão tecidual. Tal como os adultos, as crianças podem ter a sensação de dor sem lesão tecidual e podem apresentar experiências diferentes de dor com um mesmo tipo de lesão tecidual. Os sistemas nociceptivos nas crianças são plásticos e têm a capacidade de responder diferentemente à mesma magnitude de lesão tecidual. Na realidade o que é medido não é a experiência de dor, mas a resposta comportamental e fisiológica ao estímulo stressante e presumivelmente doloroso.

O processo de manuseamento da dor é muito mais abrangente do que o simples tratamento, devendo envolver aspectos relacionados com a prevenção e antecipação da dor. O grande objectivo do controlo da dor é a utilização de intervenções que diminuam a intensidade e a duração da dor. Embora a dor seja habitualmente tratada com intervenções farmacológicas, existem métodos adjuvantes e alternativos para reduzir o uso de fármacos e diminuir assim os seus efeitos colaterais que, eventualmente comprometem o estado fisiológico da criança.

A administração de analgésicos não constitui a única forma terapêutica de controlo da dor, podendo ser desenvolvidas estratégias associadas que potenciam a eficácia da intervenção. O controlo da dor é mais efectivo quando envolve a acção conjugada de outras intervenções, que actuam nos diversos componentes da dor. Podem ser utilizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com a circunstância, devendo ser avaliadas no sentido de certificar a efectividade do tratamento administrado. É de salientar que as intervenções farmacológicas são a considerar nos casos de dor moderada a severa, bem como em determinados procedimentos passíveis de causarem dor como o caso de pós-operatórios, ventilação mecânica, colocação de cateteres centrais e drenos torácicos, entre outros. Nas dores ligeiras devem ser consideradas as intervenções não farmacológicas (BEYER, 2000).

As recomendações da American Academy of Pediatrics (AAP) para o controlo da dor sugerem a aplicação consistente de instrumentos de avaliação e das medidas validadas. Preconiza ainda, a utilização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar o *stress* e a dor. A mesma entidade defende o desenvolvimento e a implementação de políticas de assistência para avaliar, prevenir e tratar a dor. Recomenda ainda a formação com programas específicos para melhorar as habilidades dos profissionais de saúde,

nomeadamente dos enfermeiros no que se refere à avaliação e ao tratamento da dor. Por fim enaltece a importância do registo das intervenções realizadas no combate à dor e dos resultados obtidos para fins de pesquisa, permitindo a síntese estatística de dados e estimativas mais coincidentes com o efeito (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

A dor na criança pode ser difícil de reconhecer. As crianças podem não ter a capacidade cognitiva ou vocabulário de se relacionar ou descrever a sua dor de forma que os seus cuidadores entendam facilmente. As crianças usam muitas estratégias para lidarem com a dor, incluído brincar e dormir, o que pode levar o observador a avaliar erradamente a dor da criança (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2005).

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

Em meio hospitalar, cabe à equipa de enfermagem a tomada de decisão que precede a administração de medicação analgésica, anteriormente prescrita pelo médico com a condição de ser efectuada em caso de necessidade, entretanto, muitos enfermeiros apresentam deficiências de conhecimento da dose, vias e esquemas de administração e efeitos colaterais dos analgésicos opiáceos e superestimam o risco de tolerância e dependência psicológica, levando à administração de analgésicos em doses muito menores que as possíveis. Assim o enfermeiro deve participar de forma activa no tratamento, garantindo uma oferta analgésica de forma adequada, deve ser capaz de prever um evento doloroso durante a realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, para poder programar medidas para minimizar ou prevenir a ocorrência de dor.

São vários os autores que referem que as práticas de enfermagem no controlo da dor estão longe do que é considerado ideal, pelo que é necessária uma abordagem multifactorial do fenómeno da dor (BYRNE *et al.*, 2001; VICENT e DENNYES, 2004; TWYXCROSS, 2007). É consensual que, para que haja uma correta gestão da dor na criança é preciso também ter em conta a existência de alguns factores que contribuem e influenciam a prática diária dos profissionais de saúde.

Segundo a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Americana da Dor (2001), o controlo não eficaz da dor é atribuído a mitos, conhecimentos insuficientes e à aplicação inadequada do conhecimento existente. Pelo que só será conseguido um

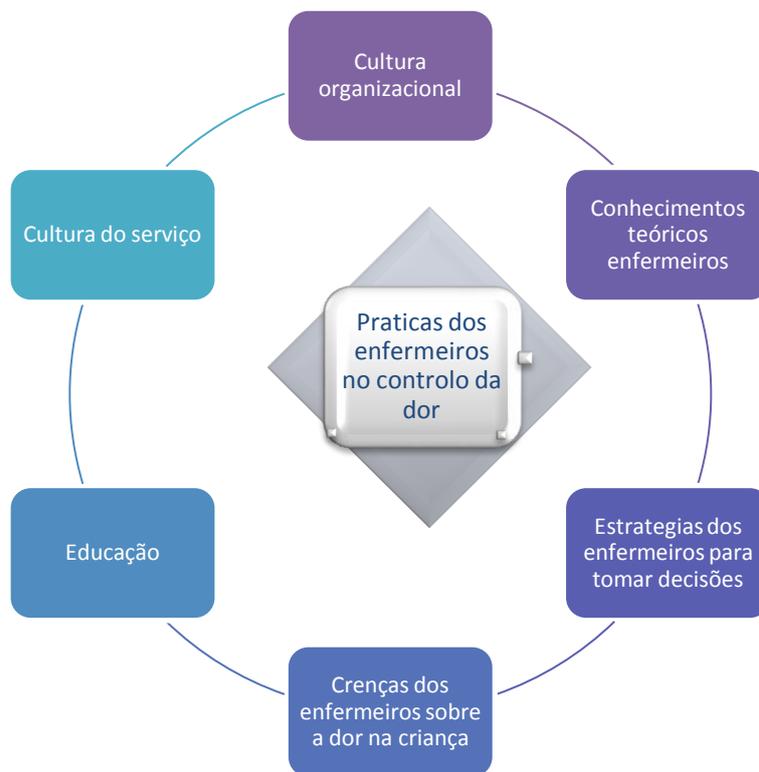
controlo efectivo da dor na criança quando esses factores forem identificados e quando se intervir na área da formação, sendo que para alcançar esses objectivos a abordagem dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais de saúde torna-se fulcral.

De acordo com Twycross (2007) existe a evidência de que os enfermeiros não estão a usar os conhecimentos teóricos na prática. Uma revisão sistemática da literatura realizada pela autora neste contexto mostrou que a educação dos enfermeiros parece não estar a preparar estes profissionais para a prática e continuam a apresentar um défice educacional relativamente à gestão da dor, em particular no que se refere à avaliação da dor, aos fármacos e às intervenções não farmacológicas. Ainda de acordo com a autora, são vários os estudos que demonstram a existência de lacunas nos conhecimentos teóricos dos enfermeiros, contudo este não é um factor único, pelo que o controlo da dor requer uma abordagem multifactorial. As práticas dos enfermeiros são influenciadas pela cultura do serviço, pela cultura da organização, pelos conhecimentos teóricos dos enfermeiros, pelas estratégias usadas pelos enfermeiros para a tomada de decisão, pela educação e pelas crenças que estes detêm sobre a dor nas crianças, como se apresenta na Figura 4.

Também Malheiro (2009), num estudo que realizou sobre os saberes e práticas dos enfermeiros perante a dor neonatal, ao abordar a multidisciplinariedade da dor, refere que existem influências culturais subjacentes ao contexto social que continua a influenciar determinadas crenças relativamente à dor, sugerindo que estas crenças podem derivar do facto de a criança de que a criança reage à dor de maneira diferente dos adultos. Menciona ainda que a cultura organizacional do serviço e da instituição interfere com os cuidados de qualidade prestados à criança com dor.

Como podemos observar na Figura 4, as práticas dos enfermeiros no controlo da dor são influenciadas por vários factores, uns mais passíveis de serem trabalhados e melhorados do que outros, no contexto do nosso trabalho focámo-nos essencialmente nos conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas, considerando a educação como um factor de relevância primordial na melhoria contínua da prática dos profissionais.

**Figura 4** - Factores que influenciam a prática de controlo da dor



Adaptado de Twycross: pain management in children

Sabemos claramente que não há uma solução fácil para a melhoria rápida e eficaz da gestão da dor na criança, constatamos que nas últimas décadas alguns passos importantes já foram dados, contudo e de acordo com a bibliografia consultada, muito há ainda a aperfeiçoar. Torna-se por isso fundamental incidir sobre a educação dos profissionais de saúde com o intuito de melhorar os seus conhecimentos teóricos, uma vez que esta é uma das barreiras comumente referida e identificada pelos próprios enfermeiros para a correta gestão da dor na criança.

### **3.1. Factores que influenciam a gestão da dor na criança**

De acordo com Fragata (2010) cada experiência dolorosa do indivíduo é influenciada pela sua história pessoal, pela apreensão que ele tem de dor e pelo seu estado mental. Neste sentido, pessoas com condições idênticas irão comportar-se de modo diferente em razão da variação da personalidade e experiência.

A família também interfere na aprendizagem sobre a dor, na expressão e no enfrentamento em relação aos diferentes tipos de dor. A criança aprende a avaliar e a entender o significado e relevância dos fenômenos da dor através das reações dos pais, e estas podem variar amplamente (OKADA e TEIXEIRA, 2003).

Para Portnoi (2006), a família é a responsável pela formação dos comportamentos precoces em relação à dor, permitindo que certas respostas sejam reforçadas e outras ignoradas ou mesmo punidas. Destacam ainda que a dor está presente nos relacionamentos precoces e se associa a sentimentos de acolhimento e conforto (pegar ao colo, acariciar, consolar) ou punição (castigo, mau comportamento).

A postura dos pais e dos profissionais de saúde pode contribuir para melhorar ou agravar a percepção da dor que a tem e a resposta dela aos estímulos nociceptivos depende, entre outras variáveis do grau de intensidade da lesão ou doença, de factores emocionais, comportamentais ou situacionais. Entre os ultimo incluem-se o significado da dor, o contexto onde ela ocorre, a precocidade da experiencia dolorosa, o nível de ansiedade, factores socioculturais da criança e da sua família, a personalidade, a idade e o nível cognitivo, a aprendizagem em relação à dor e a memória de dor prévia (GUINSBURG, 1999).

A dor na criança sobretudo na mais pequena foi durante muito tempo menosprezada ou até negada. Actualmente não há duvidas que as vias nociceptivas, embora imaturas à nascença e desde que solicitadas, originam reacções globais particularmente desagradáveis na criança, que podem ser consideradas como dores. O ainda limitado psiquismo de uma criança muito pequena, que não se sabe queixar faz com que na maioria dos casos os pais não disponham de qualquer outro meio para tentar acalma-la senão através do consolo. As dores decorrentes dos cuidados são vividas de modo particularmente traumatizante, devendo por isso, ser tratadas custe o que custar (METZGER *et al*, 2000).

Segundo Barros (2010) a investigação psicológica da dor pediátrica contribui de forma decisiva para a compreensão da importância das emoções na percepção e modulação da dor. A dor aguda está frequentemente associada ao medo e à ansiedade. A nível fisiológico a dor pode provocar aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, e a libertação de adrenalina. O componente afectivo mais frequentemente associado à dor na criança é a ansiedade, tendo dificuldade em distinguir entre o estar “assustado”, o “magoado” ou o estar “dorido”. O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor. A ansiedade potencializa a dor, e a dor promove a ansiedade, num ciclo que se torna posteriormente difícil de quebrar.

Para Batalha (2010) os relatórios elaborados têm focado e analisado, como obstáculos ao controlo da dor, a criança pela não queixa, os profissionais de saúde pela baixa prescrição médica e os enfermeiros pela não administração. Assim como a organização dos serviços.

### **3.2. Causas do tratamento inadequado da dor**

Uma das causas do tratamento inadequado da dor é a falta de conhecimento de que, na realidade, ela é um fenómeno pessoal, que não pode ser experimentado de forma semelhante por nenhum outro individuo.

Para avaliar a dor da criança é necessária uma análise cuidadosa da sua natureza, pois ela não é apenas uma consequência imediata e inevitável da lesão tecidual, não sendo por isso a sua intensidade apenas predeterminada pela extensão da lesão tecidual. Tal como os adultos, as crianças podem ter a sensação de dor sem lesão tecidual e podem apresentar experiências diferentes de dor com um mesmo tipo de lesão tecidual. Os sistemas nociceptivos nas crianças são plásticos e têm a capacidade de responder diferentemente à mesma magnitude de lesão tecidual. Na realidade o que é medido não é a experiência de dor, mas a resposta comportamental e fisiológica ao estímulo stressante e presumivelmente doloroso (BATALHA, 2010).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial no controlo da dor, num estudo conduzido por Manworren (2000) sobre o conhecimento e atitudes dos enfermeiros pediátricos no controlo da dor, verificaram que a falta de conhecimento sobre a dor levava ao inadequado controlo e tratamento da dor. Alguns dos *deficits* incluíam problemas na gestão, no tratamento farmacológico com opioides e a falta de conhecimento de como usar as intervenções não farmacológicas.

Também Twycross (2007) numa revisão sistemática da literatura que realizou relata alguns dos factores que foram sugeridos como as razões para a dor não ser gerida de forma eficaz, incluindo défices de conhecimento, crenças ou falta de actualização sobre dor e controlo de dor, as decisões e a cultura organizacional. O conhecimento limitado sobre o controlo da dor na criança tem sido sugerido como uma das razões para os enfermeiros não gerirem a dor de forma eficaz. Salanterä *et al.* (1999) desenvolveram um estudo relativo aos conhecimentos dos enfermeiros sobre intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança, o qual foi aplicado na Finlândia, revelando lacunas nos conhecimentos dos enfermeiros sobre o controlo da dor, sobre os analgésicos e sobre as intervenções não farmacológicas.

Abordaremos de seguida algumas das causas identificadas na literatura.

### 3.2.1. Mitos

Para Pimentel (2001), a não valorização da dor na criança esteve relacionada, entre outros factores, com a persistência de mitos e ideias incorrectas. A autora refere que um dos mitos estaria relacionado com a imaturidade do sistema nervoso, o qual levaria a pensar que a dor não era sentida pela criança com a mesma intensidade do adulto. Esta ideia veio a revelar-se falsa, estudos realizados demonstraram que o sistema neurológico, relacionado com a transmissão da dor, está completo e funcional na altura do nascimento. O desenvolvimento do córtex é precoce e as arborizações dendríticas permitem conexões intracorticais e talamocorticais à 24ª semana de gestação. A medula e o sistema nervoso central estão completamente mielinizados a partir de 30ª semana. O córtex, assim como todas as estruturas centrais ligadas à percepção dolorosa, também se encontram com o seu desenvolvimento completo ao nascimento, mostrando que mesmo no período neonatal, as crianças são capazes de sentir, perceber e memorizar a experiência dolorosa (PIMENTEL, 2001). Também Batalha (2010) salienta que não restam dúvidas quanto à capacidade neurológica das crianças para perceber dor ao nascimento, mesmo os prematuros, referindo que os três principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão presentes e funcionais à 24ª semana de gestação, e a maturação do córtex cerebral do feto permite-lhe desde a 28ª semana responder a estímulos visuais, auditivos, nociceptivos e de ter um sono estruturado.

Okada, Teixeira e Miyaji (2001) descrevem que o desenvolvimento dos componentes neuroanatómicos, fisiológicos e neuroquímicos necessários para o processamento da sensação dolorosa ocorre desde o início da gestação. Acredita-se que a partir da 24ª semana é possível identificar neurónios e vias suficientes para que ocorra o estímulo doloroso no tronco encefálico.

Também a Academia Americana de Pediatria em conjunto com a Sociedade Americana de Dor (2001), destacam que ainda existem algumas barreiras para o tratamento efectivo da dor em pediatria, incluindo o mito de que as crianças, principalmente recém-nascidos e lactentes não sentem dor da mesma forma que os adultos, ou, se sentem não há nenhuma consequência desagradável.

Apesar das constatações empíricas obtidas por aqueles que cuidavam de crianças particularmente de recém-nascidos, a ciência médica levou muito tempo para se convencer de que esta faixa etária sentia dor. A dor é um sintoma que deve ser manifestado pelo doente e como o recém-nascido não expressa as suas sensações de forma verbal, a constatação do sentimento de dor pelo recém-nascido é questionável.

A adicionar a isso o facto de o recém-nascido apresentar receptores e transmissão modificada no tecido nervoso imaturo, maiores concentrações plasmáticas de endorfinas e aumento da permeabilidade hematoencefálica (GAIVA e DIAS, 2002).

Até à década de 1970, o conceito que prevalecia entre os profissionais de saúde era de que o recém-nascido não sentia dor. A provável explicação para essa mudança de pensamento deriva de inúmeras pesquisas que têm sido desenvolvidas, possibilitando um melhor conhecimento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à presença de dor no período neonatal, do desenvolvimento do sistema nociceptivo, das consequências da dor a curto, médio e longo prazo para o recém-nascido, além das recomendações formais sobre estratégias para o alívio da dor nesta faixa etária (GUINSBURG, 1999).

Um outro mito identificado por Pimentel (2001) está ligado à noção de que a criança metaboliza os analgésicos de uma forma diferente dos adultos, devido à imaturidade do fígado, o que provocaria o aumento da semivida dos analgésicos, especialmente dos narcóticos e que levaria a intoxicações e a riscos graves de depressão respiratória. Tal como é referido por Batalha (2010) a farmacocinética dos analgésicos variam em função do desenvolvimento da criança. As doses analgésicas nas crianças são influenciadas por diferenças existentes no metabolismo, filtração e distribuição. A semivida de eliminação da maioria dos analgésicos é prolongada nos recém-nascidos e latentes devido à imaturidade dos seus sistemas enzimáticos hepáticos. Factores como o fluxo sanguíneo renal, a filtração glomerular e a secreção tubular aumentam abruptamente nas primeiras semanas de vida e apresentam valores próximos dos adultos entre os 3 e os 12 meses. É referido ainda que a eliminação é maior entre os 2 e os 6 anos devido a uma maior massa hepática em relação ao peso corporal, o que pode requerer intervalos menores entre as doses.

O terceiro mito referido pela autora está relacionado com a noção de que a criança não tem memória para a dor, porque a dor provoca desconforto e que se a dor termina o desconforto também termina. Estudos realizados evidenciaram que embora a criança não verbalize essas experiências, há alterações comportamentais após actos dolorosos (irritabilidade, alterações na alimentação e no sono) que levam a concluir o contrário.

### **3.2.2. Falta de conhecimento dos profissionais**

A ausência de avaliação e reavaliação da presença de dor, a falta de entendimento de como conceitualizar e quantificar uma experiência subjectiva, a carência de conhecimento sobre o tratamento da dor, a impressão de que avaliar a dor da criança

leva muito tempo e esforço e o medo dos efeitos adversos dos analgésicos, que incluem entre outros a depressão respiratória.

A experiência dolorosa e a tensão a ela associada levam a danos físicos e emocionais que podem atrasar a recuperação e inclusive aumentar a mortalidade. Os autores destacam ainda que a avaliação da dor, a sua profilaxia e o seu tratamento são direitos básicos de todos, independentemente da idade.

Barros (2010) descreve que houve um grande avanço no entendimento da dor nos vários estádios de desenvolvimento humano e uma conseqüente melhoria no tratamento da dor nas diversas faixas etárias pediátricas, embora muitas crianças ainda tenham a sua dor subtratada ou tratada de forma insuficiente.

O controlo da dor é um direito de todas as crianças e um dever legal e ético dos profissionais de saúde. Pelo que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na redução da ansiedade e da dor resultante dos procedimentos (MACCAGONO, 2009).

A dor nas crianças sempre foi historicamente subtratada e continua a ser um problema actual devido a mitos antigos, falsas ideias e falta de conhecimento dos profissionais. Todas as faixas etárias podem experienciar o controlo inadequado da dor e essa falta de controlo pode ter conseqüências a longo prazo em todas as idades. Estudos recentes mostram a evidência de que mesmo os prematuros podem sofrer efeitos a longo prazo como resultado de experiências dolorosas (YOUNG, 2005).

Foi considerado anteriormente que os recém-nascidos, em particular os prematuros, não tinham a capacidade de sentir dor ou mesmo a capacidade cognitiva para se lembrarem dela. Igualmente também se acreditava que as crianças tinham um sistema nervoso imaturo e por isso não existiriam conseqüências a longo prazo para a dor não tratada ou controlada e não experienciavam a dor como os adultos (YOUNG, 2005). Estas assunções contribuíram para longos anos de má prática.

Hoje em dia, algumas pessoas ainda acreditam que sentir dor faz parte do crescimento e ajuda a construir carácter. Mesmo alguns profissionais de saúde partilham da opinião de que a dor é esperada durante o processo de hospitalização (TWYXCROSS, 2010). Os analgésicos e as estratégias de controlo da dor são muitas vezes evitados devido aos custos adicionais que implicam, assim como ao tempo e disponibilidade que requerem por parte dos profissionais. O controlo da dor não é visto como uma prioridade (TWYXCROSS, 2010), contudo a dor continua a ser um dos motivos mais frequentes de admissão nos hospitais.

As razões apontadas para desvalorizar a necessidade de tratamento são múltiplas, destacando-se a falta de conhecimentos sobre os processos fisiológicos e psicológicos associados à dor e ansiedade, a não generalização da formação dos profissionais nesta área e a prevalência de ideias erradas sobre a prevenção da dor e ansiedade, quer dos pais quer dos profissionais (TADDIO e KATZ, 2005).

### **3.2.3. Dificuldade dos profissionais em avaliar a dor**

A complexidade do fenómeno doloroso aliada à subjectividade que lhe é inerente leva a que os profissionais se deparem com dificuldades na medição da dor.

A sinalização da dor em qualquer dos estádios de desenvolvimento depende, não apenas do contexto e das características dos estímulos dolorosos, mas também do estado comportamental e das necessidades cognitivas no período de desenvolvimento. As pesquisas realizadas sobre a dor, demonstram que os recém-nascidos e as crianças não são “adultos em miniatura”, que as estruturas e os mecanismos utilizados para o processamento da dor durante o desenvolvimento precoce são únicos e diferentes dos que são utilizados pelos adultos no processamento da mesma, e que muitas das estruturas ou mecanismos não são mantidos para além dos períodos específicos do desenvolvimento inicial (ANAND, 1999).

É da responsabilidade dos profissionais de saúde evitar que as crianças passem por experiencias dolorosas uma vez que o seu impacto pode ser preocupante. Mesmo assim tem sido documentado que as crianças são subtratadas no que diz respeito à dor.

### **3.3. Repercussões da dor não tratada**

A dor quando não prevenida e/ou tratada de forma adequada, além do sofrimento desnecessário que causa à criança, aumenta a morbilidade (infecções, coagulação intravascular disseminada, alterações hemodinâmicas, imunitárias, respiratórias, gástricas, intestinais e comportamentais), assim como a mortalidade (STEVENS *et al.*, 1999).

De acordo com Batalha (2010) o tratamento adequado da dor deveria também ser uma exigência no plano socioeconómico, pela redução das complicações, pela diminuição dos tempos de internamento e ainda pela ausência dos pais ao trabalho.

A dor quando não tratada, mesmo no período neonatal, pode desencadear reorganização estrutural permanente e funcional das vias nervosas nociceptivas que, por sua vez, afectam futuras experiencias de dor no individuo (BARBOSA, 2003).

Também Perquin *et al.* (2000) referem que a dor não aliviada tem um grande número de consequências físicas e psicológicas, que podem atrasar ou complicar a recuperação no pós-operatório e/ou no decurso de um processo de doença aguda na criança. Afirma ainda que é inadmissível que actualmente perdure ainda uma lacuna entre o aumento do conhecimento científico acerca da dor e do seu tratamento e a sua aplicação prática, que continua a ser gerida pelos profissionais de saúde de forma inadequada e insuficiente (CLINICAL UPDATES,2004).

De acordo com o referido pela DGS (2012) a dor não tratada no decurso de uma doença ou de um processo de hospitalização pode activar processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor, fenómeno conhecido como sensibilização. A mesma entidade acrescenta ainda que as consequências estão evidentes na relação entre a ausência de tratamento da dor e os sintomas de *stress* pós-traumático observados em crianças sujeitas a procedimentos muito dolorosos e/ou frequentes sem o recurso a analgesia.

Estudos realizados tanto em animais como em humanos mostraram que existem efeitos deletérios a curto e a longo prazo como resultado da dor não tratada (YOUNG, 2005). A resposta à dor é individualizada e a experiência de dor que ocorre nos primeiros anos de vida, são fundamentais para formar as respostas perante futuros eventos de dor (YOUNG, 2005). Efeitos a curto prazo incluem hipoxemia, e alterações metabólicas resultantes de *stress*. Em crianças que são submetidas a experiências repetidas de dor não tratada, as estruturas neuronais do cérebro podem ser permanentemente alteradas, e como resultado, as respostas à dor podem estar alteradas.

Procedimentos dolorosos repetidos podem pôr em risco o comportamento ou distúrbios psicológicos dentro ou fora do contexto médico. Os efeitos a longo prazo incluem alterações na resposta à dor, aumento da ansiedade, aumento do receio dos profissionais de saúde, maior risco de terem *deficits* de atenção, maior risco de *stress* pós traumático, e evitamento dos cuidados de saúde. A dor não controlada pode produzir efeitos em múltiplas funções corporais, resultando na recuperação mais lenta, prolongando a hospitalização e piorando a condição inicial (YOUNG, 2005).

A dor aumenta a morbilidade e a mortalidade de doentes de qualquer faixa etária, além de dificultar a recuperação e reparação de processos de doença. Quando não tratada a dor, até mesmo na fase precoce da vida, como o período neonatal, pode desencadear reorganização estrutural permanente e funcional das vias nervosas nociceptivas, que por sua vez afectam futuras experiências de dor do individuo

(BARBOSA e GUINSBURG, 2003). Uma resposta comum à dor inclui a ansiedade e a depressão. Os padrões actuais de gestão da dor, tais como as referidas pela JCAHO, exigem que a dor seja prontamente abordada e tratada.

### **3.4. Avaliação da dor na criança**

As investigações realizadas na área da dor conceptualizam-na como um fenómeno multidimensional em interacção dinâmica e demonstram ainda que cada pessoa tem uma singularidade própria na sua percepção e resposta, em função de inúmeras variáveis. No entanto, a natureza subjectiva da dor leva a que esta seja difícil de qualificar ou quantificar de modo totalmente satisfatório. A resposta à questão “quanto dói?” está longe de ser uma questão simples.

As questões que se prendem com a dor na criança, em particular na criança hospitalizada, são múltiplas e susceptíveis de serem abordadas por diversas perspectivas. Reflectindo sobre estas questões e problemas que surgem no dia-a-dia profissional importa salientar que, de forma crescente a assistência na dor tem vindo a ganhar um maior contorno e importância e uma tentativa esforçada de tornar o cuidado mais humanamente congruente. Saber cuidar intervindo junto da criança com dor e da sua família tem vindo a constituir-se um campo de reflexão emergente.

O subtratamento e a subvalorização da dor em pediatria estiveram relacionados com a dificuldade em avaliar com alguma objectividade a dor na criança. A grande variabilidade das reacções individuais depende da criança, da sua idade e nível de desenvolvimento, das experiências anteriores entre outros aspectos difíceis de sistematizar.

A importância de avaliar a dor está no facto de que todo o tratamento a realizar deve ser baseado na sua avaliação e comprovação. Devemos estar cientes de que dor não é uma simples inferência directa e exclusiva de uma lesão tecidual, uma vez que é influenciada por factores como o desenvolvimento físico e cognitivo, assim como pelas condições comportamentais, contextuais, familiares, emocionais, étnicas e pela faixa etária.

A avaliação da dor é uma actividade que faz parte da competência dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) por ser indispensável à excelência dos cuidados de saúde. Avaliar a dor é um termo abrangente que implica descobrir não só a natureza, mas também o significado da experiência dolorosa (estímulos que a provocam, factores agravantes e de alívio, efeitos da dor na vida diária, respostas à dor, factores psicológicos, sociais e espirituais, padrões de *coping*, tipos de dor, duração, localização, intensidade e outros), ou seja envolve um conjunto de informações que a

identificam a história da dor (TWYXCROSS, 2003). A atitude face à dor e os comportamentos variam consoante a condição social, a cultura, os contextos de vida, a história pessoal e a personalidade (FLEMING, 2003).

A DGS (2003) considera como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestados de cuidados de saúde: o registo sistemático da intensidade da dor; é importante que a dor e os efeitos da terapêutica sejam valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde. Acrescenta ainda que, o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

Em 2008 a mesma identidade com o aval da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), através da Circular Normativa n.º11 de 18/06/2008, emitiu o novo Programa Nacional de Controlo da Dor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este programa nas suas estratégias de intervenção prévia a criação e divulgação junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas, bem como a implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento com o objectivo da melhoria efectiva da qualidade de vida dos doentes com dor.

De facto para se controlar a dor é essencial a sua avaliação pois é a partir dela que determinamos a necessidade e a natureza da intervenção terapêutica, assim como a eficácia do resultado procurando ter em conta os outros factores que interferem na experiência de dor. Neste sentido o primeiro passo passa por uma avaliação da intensidade da dor feita de forma sistemática e cientificamente válida, pelo que a avaliação da experiência de dor requer medidas comportamentais e fisiológicas que avaliem diferentes aspectos, como a intensidade, localização, padrão, contexto e significação.

O processo de tomada de decisão relativamente ao controlo da dor na criança é complexo. A literatura é abundante no que diz respeito à complexidade de quantificar um fenómeno tão subjectivo como a dor, à dificuldade de avaliar a dor de forma precisa e às discrepâncias frequentemente encontradas entre a teoria e a prática do alívio da dor. Quando as decisões se referem a uma criança, muitos outros factores podem estar envolvidos, como a idade e o nível de desenvolvimento, o contexto, o meio onde vive e as suas habilidades para utilizar estratégias de confronto para lidar com situações de *stress*.

Para avaliar a dor da criança é preciso uma análise cuidadosa da sua natureza, uma vez que esta não é uma mera consequência imediata e inevitável da lesão tecidual. Assim como os adultos, as crianças podem ter a sensação de dor sem lesão tecidual

ou aparente agressão e podem apresentar diferentes experiências de dor com uma mesma lesão tecidual. Os sistemas nociceptivos das crianças são “plásticos” e têm a capacidade de responder de forma diferente à mesma magnitude de lesão tecidual. Na realidade o que é medido não é a experiência de dor, mas a resposta comportamental e fisiológica ao estímulo stressante e doloroso (BARROS, 2010).

Na faixa etária neonatal e pediátrica, persistem ainda muitas dúvidas quanto à interpretação e avaliação das respostas de dor, pelo facto dos pacientes serem pré-verbais e por se encontrarem em diferentes fases do desenvolvimento cognitivo, o que dificulta uma abordagem adequada. Torna-se por este facto fundamental saber avaliar adequadamente a presença de dor de modo a evitar o seu subtratamento, assim como realizar uma correcta abordagem terapêutica.

A dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. Concomitante à experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, factores que dificultam não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

Também Batalha (2010) considera que a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo, uma vez que se a dor não for identificada não poderá ser tratada e conseqüentemente a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou de eficácia dos tratamentos.

Os métodos disponíveis para avaliar a dor em pediatria não incorporam adequadamente ou quantitativamente todos os aspectos contextuais que influenciam a experiência dolorosa. Como tal os profissionais de saúde devem estar informados do modo como a percepção da dor pode ser influenciada por estes factores e incluindo-os subjectivamente na avaliação (BATALHA, 2010).

A avaliação da dor é considerada um pré-requisito essencial para a segurança e eficácia da sua gestão. No entanto, não existe nenhuma uniformização biológica que permita avaliar a dor em crianças, é preciso considerar indicadores fisiológicos, biocomportamentais e comportamentais como substitutos do auto-relato. É ainda necessário ter em conta que a experiência de dor na criança (a sua subjectividade) e as expressões de dor (forma como a criança comunica a sua experiência subjectiva aos outros), são fortemente influenciadas pelo modo como o cuidador avalia e gere a dor. A criança com dor é avaliada num contexto dinâmico e num processo interactivo que envolve a criança e o cuidador, em que cada qual é influenciado pelas esferas da família, comunidade e cultura (STEVENS *et al.*, 2007)

De acordo com os mesmos autores, o relato da dor é influenciado por múltiplos factores (pessoais, culturais, expectativas, contingências sociais e profissionais, estado emocional entre outros). A consistência na classificação da dor para efeitos da sua caracterização, promove a sua monitorização, o que vai desde a sua avaliação inicial à avaliação da eficácia das intervenções realizadas. Para se proceder à sua avaliação existem diversas estratégias (entrevista, auto-relato, observação do comportamento).

Para uma correcta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre profissionais de saúde e doente, que se traduz por uma padronização das escalas a utilizar.

Um dos avanços marcantes no estudo e tratamento da dor tem sido o desenvolvimento de escalas cientificamente válidas para a quantificação da dor. As escalas de avaliação da dor podem ser classificadas em unidimensionais, se demonstra e avalia apenas um constructo (como a intensidade da dor), e multidimensionais, quando avalia em simultâneo diferentes constructos.

### **3.5. Papel do enfermeiro na gestão da dor na criança**

A dor, tal como referido anteriormente, além da função de alerta não apresenta qualquer outra vantagem para o organismo, sendo motivo de sofrimento e de diminuição da qualidade de vida, factos que levam a que se assuma uma intervenção planeada e organizada pelos profissionais de saúde com o objectivo de uma melhoria continua na avaliação e controlo da dor que deve englobar a participação de quem sente dor e do seu cuidador.

Cuidar de um doente com dor pode ser uma experiencia desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. A dor enquanto experiencia única e individual para cada pessoa leva a que não haja um tratamento único que alivie todos os doentes em todas as situações da mesma forma, tornando-se útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado.

O enfermeiro, enquanto profissional privilegiado pela proximidade de cuidados e pelo tempo de contacto com o doente, assume uma posição importante para promover e intervir no controlo da dor. As intervenções de enfermagem perante a pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo ser todas as intervenções documentadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Ainda de acordo com a Ordem dos enfermeiros compete aos enfermeiros a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

A corroborar esta ideia, numerosos artigos têm demonstrado que o eficiente controlo da dor depende da acção do enfermeiro que domina as intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor (BATALHA, 2003).

A dor na criança pode ser difícil de reconhecer, as crianças podem não ter capacidade cognitiva ou o vocabulário necessário para relacionar ou descrever a sua dor de forma perceptível para os seus cuidadores ou até mesmo para os profissionais de saúde. As crianças usam muitas estratégias para lidarem com a dor incluindo brincar e dormir, o que pode levar o observador a avaliar erradamente a dor da criança (IASP, 2005).

A enfermagem tem oferecido um contributo importante para o conhecimento e compreensão da dor, não só na forma como deve ser avaliada mas também na implementação do tratamento adequado com vista à prestação de cuidados de excelência à criança e família.

Num estudo realizado por Estabrooks *et al* (2004) foram identificadas como as principais fontes da prática do conhecimento em enfermagem: a experiencia pessoal de enfermagem; as experiencias clinicas do utente; as discussões enfermeiro médico e as discussões em serviço. Daqui podemos inferir que a partilha e a aprendizagem em conjunto entre médicos e enfermeiros de estratégias para cuidar a dor são componentes fundamentais no ambiente de trabalho. Qualquer informação e oportunidades formais que facilitem o diálogo entre enfermeiro e médico podem ser potencialmente traduzidas em estratégias multidisciplinares para cuidar da dor criando um ambiente de trabalho que sustente uma maior propagação das mudanças na unidade. Subsiste uma forte evidência que demonstra o impacto em termos de resultados nos pacientes quando existe boa colaboração entre enfermeiro e medico.

Os cuidados à dor serão potencialmente melhorados quando um alto nível de conhecimento é paralelo com a elevada colaboração interdisciplinar (MALHEIRO, 2009). De acordo a mesma autora, as boas relações entre médicos e enfermeiros estiveram associadas a relatos de pacientes de melhores cuidados com a dor, maior incidência de administração de medicação, melhorando a mobilidade funcional do paciente e a redução da dor pós-cirurgica. Intervenções específicas que melhorem a colaboração enfermeiro-medico ao nível de cuidados com a dor, devem incluir um período de rotina durante a passagem de turno para os enfermeiros partilharem a sua

avaliação da dor da criança e oportunidades para discutir a coordenação de estratégias de gestão para procedimentos dolorosos seguintes, que devem ser acordados entre enfermeiros e médicos.

Os enfermeiros estão numa posição única para influenciar os resultados da dor, pelo incentivo do desenvolvimento profissional, pela implementação de guias de boa prática acreditados para o cuidado da dor e pela gestão adequada de recursos. Um adequado número de enfermeiros com relevantes atributos profissionais, de acordo com as necessidades de cuidados, a trabalhar num ambiente de trabalho propício, melhora de forma óptima os cuidados à dor e diminui os acontecimentos dolorosos adversos.

De acordo com Manworren (2010) os enfermeiros são fundamentais para otimizar o controlo da dor na criança hospitalizada e a maioria da pesquisa relacionada sobre a eficácia do controlo da dor foca-se nos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros e as barreiras existentes para o seu controlo.

As pesquisas levadas a cabo por Vicent (2005) revelam a existência de inconsistências entre o conhecimento das enfermeiras e as atitudes perante o controlo da dor na prática clínica. Alguns factores como o nível de educação, a idade, os anos de experiência profissional, influenciam as decisões no controlo da dor. A corroborar esta ideia, a literatura sugere que os enfermeiros que foram alvo de mais horas de formação, que têm mais experiência clínica, ou tiveram experiência pessoal com dor, têm mais competências para tomar decisões no controlo da dor dos seus doentes.

Em Portugal os estudos e os trabalhos na área da dor pediátrica têm aumentado nos últimos anos, é exemplo disso o estudo realizado sobre o quotidiano do trabalho de dor no hospital desenvolvido por Ananda Fernandes (2000), no qual a autora conclui que o trabalho de dor na criança é conduzido pelos enfermeiros e envolve a participação dos pais e da criança, no entanto constatou que alguns enfermeiros subestimam as intervenções não farmacológicas e ainda que existem alguns factores de âmbito organizacional que constroem o tratamento adequado da dor.

Também Luís Batalha (2003) desenvolveu um estudo relativo aos saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos, concluindo que os mesmos têm práticas e saberes positivos no alívio da dor, no entanto há ainda a necessidade de alguns enfermeiros reflectirem sobre os seus actos quando cuidam das crianças com dor. As maiores dificuldades que estes apresentaram estão relacionadas com o reconhecimento, avaliação e tolerância à dor. A destacar ainda, as variáveis tempo de exercício profissional, categoria profissional, especialização, tipo de especialização e a frequência de acções de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente

significativa os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor da criança.

De referir ainda que várias entidades de idoneidade reconhecida a nível Nacional e Internacional têm desenvolvido recomendações no sentido de se realizar uma abordagem consistente e eficaz sobre a dor de entre elas destacam-se a International Council of Nurses, a American Association of Nurses anaesthetists, a American Nurses Association, a Agency for Health Care Policy and Research, a Organização Mundial de Saude, a International Association for Studie of Pain; The British Pain Society entre outras entidades.

O controlo da dor em pediatria destaca-se no contexto do cuidado humanizado, o que torna iminente a importância da avaliação da dor e a adopção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no sentido de a prevenir e controlar. Sobrevém assim a relevância da formação dos enfermeiros relacionada com a temática da dor, na qual a principal preocupação está relacionada com a melhoria da qualidade dos cuidados. Cabe à equipa de enfermagem participar de forma activa no tratamento, garantindo a analgesia adequada, assim como deve ser capaz de prever um evento doloroso durante a realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico para conseguir delinear as medidas para minimizar ou prevenir a ocorrência de dor.

Para que se pratique o cuidado humanizado à criança com dor é fundamental que se compreenda que a dor é determinada pelos aspectos sensoriais, emocionais, fisiológicos e psicológicos, os quais vão determinar a intensidade e o ritmo da sensação dolorosa descrita pela criança. É ainda fulcral que se tenha em conta a sua dimensão subjectiva, uma vez que somente a criança que sente poderá expressar a sua intensidade e o desconforto causado pela experiencia que vivencia. Como tal, cuidar de uma criança com dor requer habilidades e posturas peculiares, como a observação, a perspicácia, a escuta e a presença, as quais vão determinar a melhor forma de planear um cuidado mais humano e adequado às necessidades individuais de cada criança.

Segundo Twycross (2009) o alívio da dor apresenta uma prioridade baixa entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde. A autora acresce que os enfermeiros tendem a concentrar-se nos aspectos técnicos do cuidado em vez de avaliar a dor nas crianças. Refere ainda que estes profissionais não gostam de infringir dor mas o alívio da dor assume uma baixa prioridade, o que leva a que esta não seja devidamente tratada na criança.

Sobrevém assim a importância da formação dos enfermeiros relacionada com a temática da dor, visando reduzir a distância entre os conhecimentos científicos e a prática clínica. A importância do papel do enfermeiro, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, remonta para uma prestação de cuidados holísticos à criança e à família, visando a sua satisfação e o alívio adequado da dor.

Estabrooks (2004) sugeriu que apreciação de um enfermeiro perito é um factor chave para a avaliação da dor em crianças. Este enfermeiro pode ser um pilar para uma avaliação correcta, uniformizando procedimentos e detectando necessidades sentidas pelos enfermeiros, realizando educação em serviço sempre que necessário e actualizando os conhecimentos relativamente à dor na criança.

O uso de intervenções não farmacológicas no controlo da dor em pediatria permite ao enfermeiro desenvolver acções autónomas, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem e melhorando a qualidade dos cuidados prestados às crianças com dor. A investigação nesta área tem vindo a ser um investimento noutros países como o Brasil e a Inglaterra e cabe aos enfermeiros investir nesta área, aprofundando e actualizando os conhecimentos neste domínio, como preconizado pelo OE (2009, p.22), e ainda formar a equipa neste sentido, promovendo simultaneamente a investigação como forma de contribuir para a produção de conhecimento.

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

#### **4. O CONTROLO ADEQUADO DA DOR - UM CAMINHO AINDA A PERCORRER...**

Apesar dos grandes avanços certificados pela evidência científica nas estratégias de avaliação e gestão da dor na criança, constata-se que a sua tradução para a prática continua a ser um desafio. Esta lacuna existente entre o conhecimento e a aplicação na prática de estratégias que promovam o controlo adequado da dor na criança está implicada com uma série de factores relacionados com o contexto organizacional das instituições e dos serviços e também com o comportamento individual dos profissionais de saúde (McGRATH *et al.*, 2014).

Também Scott-Findlay e Estabrooks (2006) são da opinião de que apesar da forte evidência científica que suporta a importância e eficácia das estratégias de controlo da dor, farmacológicas e não farmacológicas, o uso destas intervenções nas crianças continua a ser um desafio, destacando as lacunas existentes entre a teoria e a prática.

Num auditoria realizada em 32 serviços de 8 hospitais pediátricos do Canadá, verificou-se que apenas 28% das crianças submetidas a procedimentos dolorosos tinham recebido intervenções específicas relacionadas para o alívio da dor no procedimento (STEVENS *et al.*, 2011).

Num estudo realizado por Christoffel e Santos (2001) apuraram que dos 42413 procedimentos dolorosos realizados a 430 crianças, apenas 2,1% das crianças foram submetidas a intervenções farmacológicas, 18,2% dos procedimentos dolorosos foram aliviados através do uso de intervenções não farmacológicas e 79,2% não receberam analgesia prévia ao procedimento.

Um estudo similar levado a cabo por Johnston e colegas (2011) revelou que 46% dos recém-nascidos internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais eram expostos a procedimentos dolorosos, a 14,5% eram administrados opiáceos durante os procedimentos e em 14,3% eram usadas soluções açucaradas. Estes resultados destacam a extensão das lacunas existentes entre a evidência da dor aguda e a sua tradução na prática dos cuidados.

O ponto de vista da educação inadequada dos enfermeiros tem sido suportado por vários estudos (Twycross 2000, He 2002, Polkki *et al.* 2003).

De acordo com He (2002) não há educação específica sobre a dor nos estudantes de enfermagem em diferentes níveis de ensino na China continental e a educação dos enfermeiros no activo relacionada com a gestão da dor era muito limitada. Alguns estudos realizados sugeriam a necessidade da formação contínua dos enfermeiros relacionada com o controlo da dor (TWYXCROSS, 1999).

Para Salantera (1999) devia ser prestada mais atenção ao treino dos enfermeiros e ser providenciado mais conhecimentos sobre o tratamento da dor na criança.

De entre os factores que contribuem para a ineficácia do controlo da dor, a falta de conhecimentos dos enfermeiros é ampla e repetidamente demonstrada na pesquisa realizada em todo o mundo, onde é sugerida a necessidade da educação continuada sobre a gestão da dor entre os enfermeiros.

Tem sido documentado o progresso no controlo da dor através das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, mas o uso destes métodos na prática não tem sido maximizada. Estudos anteriores têm abordado o papel do enfermeiro no alívio da dor nas crianças com ênfase no uso das intervenções não farmacológicas.

De acordo com o Centro Nacional de Observação em Dor apesar das recomendações existentes, verifica-se que a falta de conhecimentos e a inadequada avaliação da dor impedem o correcto controlo e prevenção da mesma, acrescentando ainda que uma adequada formação em dor requer, não apenas o ensino dos processos anatómo-fisiológicos, mas também a sua integração com a modulação das vias álgicas, assim como a transposição para a prática clínica permitindo uma melhor intervenção analgésica em toda a sua complexidade bio-psico-social. É referido ainda que a base dos conhecimentos necessários ao adequado tratamento dos doentes é adquirida primariamente no ensino pré-graduado, sendo este o momento para a bordagem organizada dos conhecimentos fundamentais, incluindo a área da dor, promovendo um desenvolvimento posterior de uma boa prática clínica dos futuros profissionais de saúde. É consensual que os profissionais de saúde que diariamente cuidem de doentes com dor, devem dar primazia à prevenção e tratamento da dor, aprofundando e actualizando a formação pré-graduada através de cursos de pós-graduação e outras acções de educação continua.

Apesar da crescente atenção dispensada à dor na criança são vários os estudos realizados no contexto pediátrico, que sugerem que o controlo da dor pelos profissionais de saúde é frequentemente inadequado (KARLING, RENSTROM, & LJUNGMAN, 2002).

Batalha (2010) realizou um estudo descritivo onde pretendia analisar os saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos, o qual contou com uma amostra de 303 enfermeiros que exerciam funções em serviços de pediatria de três hospitais da região centro, conclui que os enfermeiros têm saberes e práticas globalmente positivas no cuidar da dor, embora tenha constatado a necessidade de repensar aspectos relacionados com reconhecimento, avaliação e tratamento da dor. Salienta ainda que

1 em cada 4 enfermeiros referem conhecimentos insuficientes em relação ao controlo da dor e que os enfermeiros com mais anos de serviço demonstram melhores práticas no controlo da dor.

De acordo com Polkki *et al.* (2003) são vários os estudos realizados que indicam a existência de vários factores que influenciam o controlo da dor em pediatria, mas até à data eram então limitados à administração de analgésicos, considerando os autores que os métodos de alívio da dor deveriam incluir também as intervenções não farmacológicas, como as intervenções cognitivo-comportamentais, os métodos físicos e de suporte emocional. Estes métodos não envolvem o uso de fármacos mas podem mudar a percepção da dor e alterar o comportamento de dor. Alguns estudos têm demonstrado a eficácia das intervenções não farmacológicas no alívio da dor nas crianças, particularmente a distração, a imaginação guiada e a aplicação de calor e de frio (LAMBERT, 1996; SANDER, *et al.* 2002; EBNER, 1996).

Perante esta incongruência entre a evolução científica verificada a nível dos conhecimentos relacionados com a gestão da dor na criança relatada na literatura e observada *in loco* na prática diária dos cuidados hospitalares, aliada às várias estratégias disponíveis actualmente para o alívio da dor na criança, consideramos que se torna essencial abordar a temática dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros, pois julgamos que é possível através da análise e compreensão da realidade em que estamos inseridos no contexto de trabalho, alterar e melhorar as práticas de gestão da dor na criança, procurando reduzir o hiato existente entre a teoria e a prática actual, com vista à melhoria continua da qualidade dos cuidados que prestamos.

**PARTE II**  
**ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **1- METODOLOGIA**

A Enfermagem enquanto ciência, procura alcançar uma consistência de saberes precisando para isso de uma convenção de conhecimentos cientificamente corroborados. Todavia, o caminho iniciado pela enfermagem na procura do conhecimento advém da necessidade do desenvolvimento de uma base ideológica própria, mediante a investigação alargada e rigorosa. Contudo, a investigação, apesar de ser uma etapa fundamental no desenvolvimento de qualquer profissão, é ainda uma actividade relativamente recente na prática da enfermagem, verifica-se que é maioritariamente desenvolvida para a obtenção de graus académicos e não no contexto do exercício profissional hospitalar ou comunitário.

A investigação em enfermagem constitui um método para clarificar a natureza dos cuidados, não obstante contudo, o carácter científico empregue à aquisição de conhecimentos. Trata-se de um processo organizado que permite investigar problemas ou fenómenos, em que o objectivo é a obtenção de respostas a questões concretas. A investigação tem como ponto de partida a constatação de uma situação identificada como problemática, ou causadora de exasperação e que precisa de explicação, ou de um melhor entendimento (FORTIN, 1999).

### **1.1. Problemática em estudo**

Da nossa experiência profissional diária no contexto de um serviço de urgência pediátrica, pudemos constatar que o alívio da dor nem sempre se reflecte como um factor prioritário na prestação de cuidados à criança, incidindo-se muito sobre a vertente técnica dos procedimentos e sobre a procura de um diagnóstico, relegando para segundo plano o alívio da dor e a adopção de atitudes que visem prevenir ou diminuir a dor associada à situação patológica e aos procedimentos. No exercício diário parece persistir ainda uma lacuna entre os conhecimentos existentes e o que efectivamente se realiza na prática. Daí advir o nosso interesse em desenvolver esta pesquisa na medida em que os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas influenciam a gestão da dor na criança.

Assim, acompanhando os progressos na compreensão da fisiologia, clínica e consequências da dor na criança, assumindo ainda a importância que os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros têm na gestão e controlo da dor na criança, formulamos como questões orientadoras do presente estudo:

- 1- Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com o tempo de exercício profissional?
- 2- Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação profissional?
- 3- Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação específica sobre intervenções não farmacológicas?
- 4- Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com o tempo de exercício profissional?
- 5- Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação profissional?
- 6- Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação específica sobre intervenções não farmacológicas?
- 7- Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a percepção do uso as intervenções não farmacológicas?
- 8- Quais as barreiras identificadas pelos enfermeiros relativamente ao uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança?

Estas questões decorrem da pesquisa bibliográfica efectuada durante a realização do quadro teórico mas também de inquietações resultantes da nossa experiencia profissional e decorrente motivação para o estudo, tendo sido delineadas para dar resposta à seguinte questão de partida: **Quais os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas e qual o seu uso na gestão da dor na criança?**

Tendo em conta as questões formuladas anteriormente, pretendemos com o presente estudo contribuir para a melhoria da gestão da dor na criança, de modo a potenciar melhor qualidade de cuidados. Deste modo delineamos os seguintes objectivos:

- Analisar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Analisar a percepção do uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança pelos enfermeiros;

- Verificar se existe relação entre os conhecimentos e as atitudes e a percepção do uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Verificar se existe relação entre algumas variáveis socioprofissionais e os conhecimentos e atitudes sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Verificar se existe a relação entre algumas variáveis socioprofissionais e a percepção do uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Identificar barreiras ao uso das intervenções não farmacológicas para o controlo da dor na criança.

## **1.2. Tipo de estudo**

A metodologia adoptada neste trabalho está relacionada com o problema em estudo, com os objectivos definidos e com o contexto da investigação. Desta forma e em conformidade com a natureza das questões formuladas, optámos por um desenho de investigação, de natureza quantitativa, descritivo-correlacional.

A pesquisa quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, neste caso através de questionários, em que se pretende verificar a relação entre as variáveis. Este tipo de estudo conduz a resultados que devem conter o menos enviesamento possível e a objectividade e a generalização são algumas das características desta abordagem, o que para o desenvolvimento e validação de conhecimentos. O tipo de estudo descritivo situa-se num primeiro nível de investigação e são geralmente baseados em questões de investigação ou objectivos e não em hipóteses (FORTIN, 1999).

## **1.3. População e Amostra**

A população é o conjunto de todos os indivíduos ou objectos com alguma característica definidora comum, pode ser largamente delimitada e abranger potencialmente milhões de sujeitos ou ser estritamente exclusiva para abranger algumas centenas de pessoas (FORTIN, 1999). Da população os investigadores fazem emergir a amostra que constitui a fracção sobre a qual incide a pesquisa, devendo ser representativa dessa mesma população.

A população deste estudo envolveu 147 enfermeiros de dois Centros Hospitalares da região centro do país, do Centro Hospitalar de Leiria – Pombal e do Centro Hospitalar do Oeste. Como factores de escolha destas instituições foram tidos em conta a proximidade geográfica que têm entre si, o conhecimento por parte do investigador

dos dois centros hospitalares e também a semelhança cultural entre a população abrangida.

Deste modo a população de enfermeiros deste estudo foi seleccionada de acordo com os objectivos da pesquisa, que apresenta como característica definidora, o exercício de prestação de cuidados de enfermagem a crianças com idades compreendidas entre os zero e os dezassete anos.

A amostra é composta por 122 enfermeiros oriundos dos serviços de urgência pediátrica, serviço de pediatria internamento e serviço de neonatologia, que responderam voluntariamente ao questionário. Para obter esta amostra o investigador contou com a colaboração dos enfermeiros chefes dos serviços anteriormente referidos dos dois centros hospitalares, os quais gentilmente reencaminharam o questionário via correio electrónico para os enfermeiros do serviço.

#### **1.4. Variáveis**

Uma variável é tal como o nome indica, algo que varia, pode ser uma qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores.

Num estudo descritivo podemos verificar a existência de dois tipos de variáveis. Neste estudo definimos variáveis centrais e variáveis sociodemográficas. Como variáveis centrais consideramos os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas; a percepção do uso das intervenções não farmacológicas e as barreiras existentes ao seu uso.

##### **1.4.1. Definição conceptual das variáveis centrais**

Os conhecimentos dos enfermeiros são apontados, como podemos constatar no capítulo da fundamentação teórica, como um factor de grande relevância e influencia para a correcta gestão da dor na criança. A inadequada gestão da dor tem sérias consequências, resultando muitas vezes em sofrimento desnecessário para os doentes, levando a complicações que podem causar prejuízos ou morte, aumentando os custos do sistema de saúde. Para um adequado controlo da dor os enfermeiros devem ser detentores de um corpo de conhecimentos teóricos e práticos mas de acordo com a literatura verifica-se que uma grande parte dos enfermeiros demonstra falhas de conhecimento técnico-científico, atitudes e crenças inadequadas, bem como mitos aliados à insuficiência de conhecimentos e competências que vêm dificultar o tratamento da dor.

Vários estudos têm demonstrado que o conhecimento e as atitudes influenciam o comportamento, contudo e embora o conceito atitude seja de difícil definição e estudo, considera-se que é um factor que influencia grandemente a prática profissional e está interligado com o conhecimento, pelo que no nosso estudo foram trabalhados no mesmo campo por se encontrarem interligados. O conceito atitude permite identificar o posicionamento de um individuo face a uma realidade social, ou seja, a sua predisposição para responder a um objecto, pessoa ou situação de uma forma positiva ou negativa. De salientar ainda que as atitudes formam-se cedo no indivíduo e que se desenvolvem gradualmente pela experiência e pela aprendizagem, sendo frequentemente a consequência de interações ou de experiências anteriores.

A possibilidade de a atitude ser mensurada foi demonstrada por Thurstone e Likert entre outros estudiosos. As escalas tipo Likert permitem-nos verificar o nível de concordância de um individuo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objecto psicológico. Espera-se que os indivíduos que apresentem atitudes favoráveis ao tema concordem com itens que expressam algo positivo sobre as questões e que aqueles com atitudes negativas concordem com itens que expressem aspectos desfavoráveis ao tema e discordem daqueles que salientam pontos positivos (MIRANDA, 2009).

A percepção do uso das intervenções não farmacológicas foi outra variável usada, é através desta que procuramos perceber a prática diária dos enfermeiros relacionada com a aplicação das intervenções não farmacológicas.

A terceira variável está relacionada com as barreiras existentes ao uso das intervenções não farmacológicas, com base no quadro teórico consideramos que seria importante perceber quais os motivos identificados pelos inquiridos para o não uso das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança. É pela identificação dos obstáculos que podemos intervir na mudança de comportamentos dos enfermeiros.

#### **1.4.2. Definição operacional das variáveis**

A variável “conhecimentos e atitudes” foi operacionalizada através de um conjunto de afirmações, numa escala tipo likert, com cinco alternativas de resposta (*discordo totalmente, discordo, não tenho opinião, concordo, concordo totalmente*) as afirmações identificadas com os números sete; treze; dezassete e dezanove encontram-se formuladas na negativa pelo que foram invertidas. Das cinco alternativas de resposta os pesquisados deveriam escolher a que melhor expressasse a sua opinião, segundo

a sua intensidade de concordância ou discordância. Atribuiu-se 1 ponto às respostas assinaladas com *discordo totalmente*, 2 pontos às assinaladas com *discordo*, 3 pontos às assinaladas com *não tenho opinião*, 4 pontos às assinaladas com *concordo* e 5 pontos às assinaladas com *concordo totalmente*.

Do score obtido da soma dos resultados, com valores variáveis entre o mínimo de 16 e o máximo de 80, admitiu-se que um score igual ou superior a 48 como tendo uma atitude favorável, ou seja detentores de conhecimentos e atitudes favoráveis relativamente às intervenções não farmacológicas, scores inferiores a 48 são considerados como desfavoráveis em relação aos conhecimentos e atitudes sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança.

Para se analisar a variável percepção do uso foram elaboradas 10 questões (numeradas de 21 a 30) com 5 alternativas de resposta numa escala tipo Likert (*Nunca; Raramente; Às vezes; Quase sempre; Sempre*). As questões à semelhança da variável anterior receberam valores de um a cinco respectivamente, de acordo com o nível de concordância de cada item, do score obtido da soma dos resultados, com valores possíveis entre o mínimo de 10 e máximo de 50 considerou-se que valores iguais ou superiores a 30 seriam assumidos como tendo um uso favorável e valores inferiores a 30 como o uso desfavorável relativamente ao controlo da dor.

Como variáveis sociodemográficas foram consideradas: a formação sobre a dor, a formação específica sobre intervenções não farmacológicas, o género, a idade, o tempo de exercício profissional e a formação profissional.

### **1.5. Instrumento de colheita de dados**

A natureza do estudo e as suas condicionantes temporais influenciaram a escolha do questionário como instrumento de colheita de dados.

O questionário é o instrumento de colheita de dados que tem por objectivo “*recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões*” (FORTIN, 1999, p.380).

No entanto, e de acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) não basta conceber um bom instrumento, é preciso ainda pô-lo em prática de forma a obter-se uma proporção de respostas suficientes para que a análise seja válida. Referem ainda que, as pessoas não estão forçosamente dispostas a responder excepto se virem nisso alguma vantagem, ou se acharem que a sua opinião pode ajudar a fazer avançar as coisas num domínio que consideram importante.

Na escolha do método ponderámos as propriedades da investigação, sem esquecer o facto de a amostra ser composta por sujeitos de dois centros hospitalares diferentes, concluímos que o questionário permite obter mais informações do conjunto populacional. Esta técnica permite ainda, anular ou reduzir ao mínimo a possibilidade de não respostas, envolve menos tempo e esforço para administrar. Concomitantemente, o questionário oferece ainda o anonimato, permitindo que os participantes se sintam mais à vontade para exprimir livremente a sua opinião, assim como garante uma completa imparcialidade na reacção de resposta.

O questionário foi organizado e elaborado tendo em conta os objectivos do estudo e as questões de investigação. Para tal foram elaboradas um conjunto de afirmações tendo por base as intervenções não farmacológicas recomendadas pela DGS nas Orientação técnicas relativas ao controlo da dor nos recém-nascidos e em procedimentos invasivos nas crianças. Assim o questionário foi estruturado em duas partes. A primeira parte incorpora as questões relacionadas com a temática em estudo, as questões de um a vinte referem-se aos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas e as questões enumeradas de vinte e um a trinta referem-se ao uso das intervenções não farmacológicas, as restantes questões reportam-se à formação realizada na área da dor e às barreiras ao uso de intervenções não farmacológicas. A segunda parte inclui questões que se destinam a caracterizar a amostra, quer em termos sociodemográficos, quer em termos profissionais.

Optou-se pela realização de um questionário on-line por forma a evitar os processos burocráticos e morosos que envolvem as autorizações dos conselhos de administração das entidades hospitalares.

Com a finalidade de avaliar a estrutura do questionário foi realizado um pré-teste a cinco enfermeiros peritos na prestação de cuidados na área pediátrica, oriundos dos serviços de urgência pediátrica, oncologia pediátrica e unidade de cuidados intensivos pediátricos de três hospitais centrais do país. Após a análise das respostas do pré-teste e dos comentários, não se verificaram dúvidas na compreensão das questões e/ou sugestões de melhoria. Pelo que não se constatou a necessidade de reformular nenhum dos itens do questionário, a versão impressa do questionário é apresentada em anexo (Anexo I).

Assim o questionário foi estruturado em duas partes. A primeira parte incorpora as questões relacionadas com a temática em estudo, as questões de um a vinte referem-se aos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas e as questões numeradas de vinte e um a trinta referem-se ao uso das

intervenções não farmacológicas, as restantes questões reportam-se à formação realizada na área da dor e às barreiras ao uso de intervenções não farmacológicas. A segunda parte inclui questões que se destinam a caracterizar a amostra, quer em termos sociodemográficos, quer em termos profissionais.

- Parte I – composta por um conjunto de afirmações que permitem avaliar os conhecimentos e as atitudes sobre as intervenções não farmacológicas, seguidas de 10 afirmações sobre intervenções não farmacológicas (afirmações numeradas de 21 a 30) que possibilitam avaliar a percepção do uso das mesmas por parte dos enfermeiros.

A questão número 31 refere-se à formação realizada sobre a dor nos últimos 2 anos, foi colocada em questão fechada com 4 alternativas de resposta (Nenhuma, 0-5 horas, 6-10 horas, > 10 horas).

A questão número 32 e 33 referem-se à formação específica realizada sobre intervenções não farmacológicas. A primeira colocada sob a forma de questão fechada dicotómica, sim e não. E no caso de resposta afirmativa a questão número 33 identifica o local onde esta se realizou, tendo como alternativas de resposta – no serviço; na instituição ou fora da instituição.

A questão número 34 é alusiva às barreiras ao uso das intervenções não farmacológicas, apresentada com cinco alternativas possíveis de resposta, de forma ao inquirido assinalar a ou as barreiras que considera serem as existentes.

- Parte II – composta por quatro grupos de questões:
  - Idade – colocada em questão aberta e expressa em anos;
  - Género – colocada em questão dicotómica, masculino e feminino;
  - Tempo de exercício profissional – questão expressa em anos com quatro alternativas de resposta (0-5 anos; 6-11 anos; 12-17 anos; ≥ 18 anos);
  - Formação profissional questão com cinco alternativas de resposta (Bacharelato; Licenciatura; Pós-licenciatura de especialização; Mestrado e Doutoramento).

A preocupação com a qualidade do estudo deve ser uma constante durante a realização da investigação. A fidelidade, de acordo com Fortin (1999) determina a constância dos resultados obtidos do pelo instrumento de medida, pode ser testada segundo vários meios, dos quais destacamos a consistência interna. O Alfa de

Cronbach é a mais utilizada para testar a consistência interna das escalas do tipo Likert, pelo que será utilizada neste estudo. Através do cálculo deste coeficiente averiguamos até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O valor de Alfa de Cronbach varia entre 0,00 a 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor mais elevada é a consistência interna. A variação aceitável para os coeficientes de fidelidade situa-se entre 0,70 e 0,90, sendo influenciados pelo número de enunciados da escala.

As questões referentes aos conhecimentos e atitudes apresentam um valor de Alfa de Cronbach de 0,764, como apresentado no Quadro nº1.

**Quadro nº1** – Análise da consistência interna dos conhecimentos e atitudes

Itens	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
<b>c1</b>	71,0642	44,764	<b>-,081</b>	,781
c2	68,3028	42,750	,208	,768
c3	68,7156	39,724	,480	,752
c4	68,8349	38,991	,571	,746
c5	68,5321	40,011	,598	,749
c6	69,3394	40,800	,303	,763
c7	69,4404	37,712	,546	,744
c8	69,1009	37,258	,602	,739
c9	68,6147	39,980	,544	,750
<b>c10</b>	68,4220	43,968	<b>-,035</b>	,792
c11	68,3670	41,660	,312	,763
c12	68,5321	41,955	,324	,763
c13	69,7064	37,191	,458	,751
c14	68,5413	41,510	,396	,759
c15	68,4220	40,728	,551	,753
c16	68,7064	43,394	,087	,774
c17	69,5963	35,224	,648	,732
<b>c18</b>	68,5138	44,289	<b>-,035</b>	,784
c19	69,6881	34,902	,656	,730
<b>c20</b>	69,7615	45,628	<b>-,159</b>	,803

20 itens;  $\alpha=,764$

Verifica-se que os itens c1 (A massagem alivia a tensão local e geral, promovendo o conforto e relaxamento, reduzindo a dor); c10 (O Plano Nacional de Luta contra a dor não contempla as INF no alívio da dor); c18 (A dor relacionada com os procedimentos é uma das piores experiencia na vida de uma criança) e c20 (A contenção com lençol ou manual da criança são INF) apresentam uma correlação negativa e que quando retirados, o Alfa de Cronbach aumentava de  $\alpha=,764$  para  $\alpha=,850$ . Dessa forma, optou-

se pela sua retirada, as restantes correlações item total variaram entre  $\alpha=,076$  e  $\alpha=,706$  como se apresenta no Quadro nº2.

**Quadro 2** – Análise da consistência interna dos conhecimentos e atitudes com itens retirados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMEAN(c3)	55,4836	37,759	,520	,840
SMEAN(c4)	55,6324	37,350	,568	,837
SMEAN(c5)	55,3092	38,377	,590	,838
SMEAN(c6)	56,1211	39,141	,295	,851
SMEAN(c7)	56,2770	35,629	,580	,836
SMEAN(c8)	55,9051	35,491	,635	,832
SMEAN(c9)	55,3844	38,602	,505	,841
SMEAN(c11)	55,1365	39,954	,307	,849
SMEAN(c12)	55,3100	39,782	,401	,846
SMEAN(c13)	56,5509	35,135	,502	,843
SMEAN(c14)	55,3168	39,534	,448	,844
SMEAN(c15)	55,2092	38,919	,582	,840
SMEAN(c17)	56,4092	33,242	,706	,827
SMEAN(c19)	56,5167	33,504	,650	,831
SMEAN(c2)	55,1009	40,761	,240	,851
SMEAN(c16)	55,4753	41,669	,076	,858

16 itens;  $\alpha=,850$

Nas questões relativas à percepção do uso, apresentadas no quadro 3, verifica-se que as correlações item-total variam entre  $\alpha=,629$  e  $\alpha=,839$  e que o valor obtido para o Alfa de Cronbach é bastante elevado ( $\alpha=,940$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

**Quadro nº 3** – Análise da consistência interna da percepção do uso

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a21	23,9565	43,410	,629	,939
a22	25,0696	41,311	,659	,939
a23	24,2870	41,540	,825	,930
a24	24,1565	43,747	,681	,937
a25	24,4435	40,214	,807	,931
a26	24,1217	41,125	,839	,930
a27	24,4957	41,550	,829	,930
a28	24,3478	42,317	,811	,931
a29	24,7652	41,901	,800	,932
a30	25,2348	39,111	,756	,935

10 itens;  $\alpha=,940$

## **1.6. Considerações éticas**

Qualquer investigação realizada com seres humanos remete para questões éticas e morais, sendo necessário assegurar o respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente (FORTIN, 1999). De acordo com a autora, o consentimento informado, livre e esclarecido da parte dos sujeitos da amostra torna-se fundamental para a ética da investigação. Para tal, em cada questionário é explicada a informação essencial sobre o estudo, de forma clara e acessível, com o objectivo geral e o contributo do estudo, garantindo também a confidencialidade e o anonimato das informações.

Deste modo não houve qualquer contacto entre os participantes e o investigador, garantindo assim a confidencialidade e anonimato no preenchimento dos mesmos. Os dados recolhidos foram codificados, salvaguardando o anonimato dos participantes.

Foi nossa preocupação respeitar os princípios éticos relacionados com a investigação, pelo que foi necessário solicitar a autorização em impresso próprio à Comissão de ética da escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo II). Dado que a aplicação do questionário foi feita via correio electrónico, endereçado particularmente a cada elemento da população em estudo, não houve a necessidade de se pedir autorização às instituições Hospitalares.

## **1.7. Procedimento de recolha de dados**

O processo de distribuição dos questionários foi realizado de modo a não existir entrevista, nem outra forma de contacto entre investigador e participantes. Para o efeito solicitou-se a colaboração dos enfermeiros chefes dos serviços onde o estudo decorreu, a quem foi pedido que reencaminhassem o link com o questionário para os enfermeiros do serviço via correio electrónico. Os questionários foram assim preenchidos e automaticamente reencaminhados através de uma hiperligação para uma base de dados. O período de colheita de dados decorreu durante os meses de Agosto e Setembro de 2013.

## **1.8. Tratamento de dados**

O principal objectivo da análise dos dados é organizá-los de tal modo que permitam responder ao problema colocado. Tal como refere Fortin (1999), a análise descritiva dos dados constitui o método usado pelo investigador para simplificar um conjunto de dados brutos, através de testes estatísticos. A análise descritiva permite descrever as características da amostra e responder assim às questões de investigação.

É pela estatística que os dados quantitativos ganham sentido e os números deixam de ser um conjunto desordenado. É através dos procedimentos estatísticos que o pesquisador sintetiza, elabora, explana e participa a informação numérica (FORTIN, 1999).

Após a colheita de dados, as respostas obtidas foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados e tratadas em computador, utilizando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15 para o Windows.

A normalidade das distribuições foi analisada, tendo-se verificado que a maioria não assumia distribuição normal. No tratamento estatístico dos dados foram utilizadas a estatística descritiva – média ( $\bar{x}$ ) e mediana ( $Md$ ) e a estatística inferencial - desvio padrão ( $Sd$ ). Pelo facto de se ter verificado que na sua grande maioria, as variáveis não obedecem a uma distribuição normal foram utilizados os seguintes testes não paramétricos: Teste de correlação de Spearman's, Teste U de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis.

No estudo da relação entre variáveis usaram-se os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$  – diferença estatística não significativa;
- $p < 0,05$  – diferença estatística significativa;
- $p < 0,01$  – diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$  – diferença estatística altamente significativa

Colocadas estas considerações metodológicas inicia-se na terceira parte, a apresentação e análise dos resultados.

**PARTE III**  
**INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**

Nesta parte do trabalho, pretende-se analisar os dados obtidos, com recurso a tabelas e gráficos, para melhor visualização, interpretação e análise dos dados. Na apresentação dos dados optou-se pela utilização de frequências absolutas e percentuais para facilitar a sua compreensão e análise.

Após apresentados e analisados os dados obtidos, será feita uma reflexão crítica, confrontando os resultados encontrados com opiniões de autores consultados e com outros estudos realizados.

## 1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita foram tratados informaticamente pelo sistema SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 15.0 para o Windows.

### 1.1. Caracterização da amostra

Tendo em conta a problemática em estudo, os objectivos e a finalidade desta investigação, os participantes do estudo foram, como já referido anteriormente, os profissionais de enfermagem que prestam cuidados a crianças no CH-LP e no CHO. A opção de estudar estes profissionais de saúde é justificada pela adopção de uma perspectiva que consideramos ser relevante, por ser um olhar para o que ocorre numa realidade próxima.

Dos 147 questionários enviados, foram devolvidos 122, pelo que foi este o número que compõe a amostra, o que representa 83% da população. A caracterização dos enfermeiros foi realizada de acordo com a idade, o género, o tempo de exercício profissional e a formação profissional.

Relativamente à **idade** constatamos que a amostra corresponde a um grupo com idade mínima de 26 anos, a máxima de 52 anos, uma média de 34,72 anos e um desvio padrão de 7,14 anos, de acordo com o Quadro nº4.

**Quadro nº4** – Média, desvio padrão, mínimo e máximo da idade

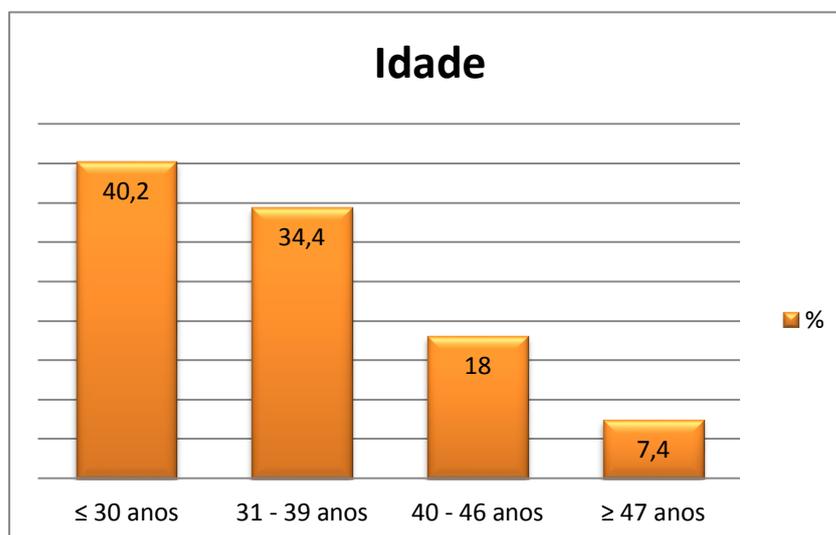
	n	Média	Sd	Mínimo	Máximo
Idade	122	34,72	7,14	26,00	52,00

Devido à amplitude de variação das idades, procedeu-se ao seu agrupamento em classes homogéneas com base em frequências absolutas. Foram constituídos 4 grupos:  $\leq 30$  anos; entre 31 e 39 anos; entre 40 e 46 anos e  $\geq 47$  anos. Apenas uma pequena percentagem dos enfermeiros (7,8%) tem idade superior a 47 anos, como se observa na Tabela nº 1.

**Tabela nº1** – Caracterização da amostra relativamente à idade

Caracterização da amostra	N	%
<b>Idade</b>		
$\leq 30$	49	40,2
31 – 39	42	34,4
40 – 46	22	18
$\geq 47$	9	7,4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº1** – Representação gráfica da idade da amostra

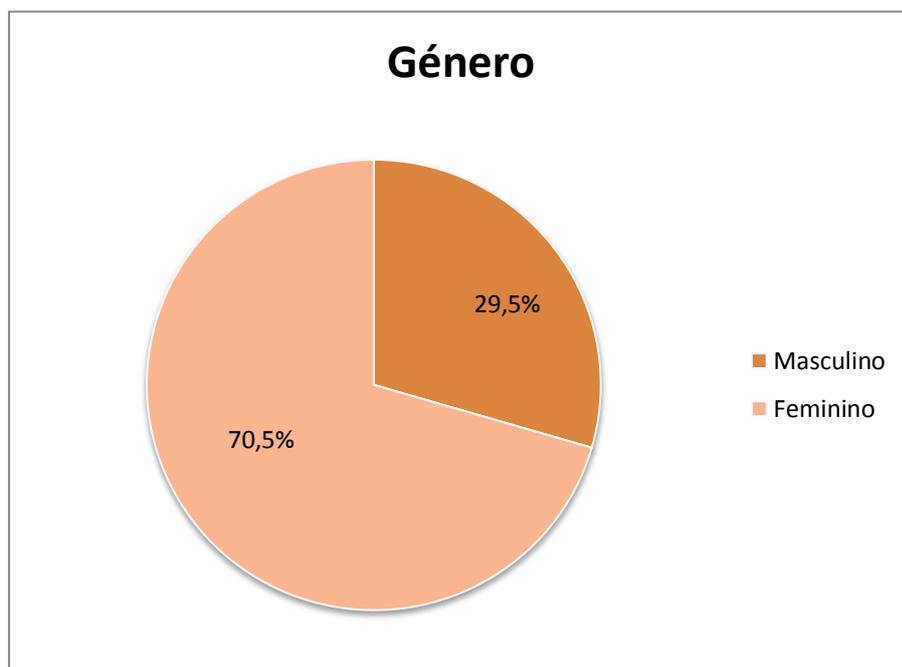


Relativamente ao **género**, verificamos que a nossa população é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, num total de 86 (70,5%), sendo 36 enfermeiros do sexo masculino (29,5%), conforme leitura da Tabela nº2.

**Tabela nº2** – Caracterização da amostra quanto ao género

Caracterização da amostra	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	36	29,5
Feminino	86	70,5
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 2** – Representação gráfica dos enfermeiros de acordo com o género



No que diz respeito ao **tempo de exercício profissional**, verifica-se que 41 elementos (33,6%) têm 5 ou menos anos de exercício profissional, 25 elementos (20,5%) enquadram-se entre os 6 e os 11 anos de exercício profissional, 43 elementos (35,2%) têm entre 12 e 17 anos de exercício profissional e apenas 13 elementos (10,7%) têm 18 anos ou mais de exercício profissional, conforme leitura da Tabela nº3.

**Tabela nº3** – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional

<b>Tempo de Exercício Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
≤ 5 anos	41	33,6
6 – 11 anos	25	20,5
12 – 17 anos	43	35,2
≥18 anos	13	10,7
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 3** – Representação gráfica do tempo de exercício profissional dos enfermeiros

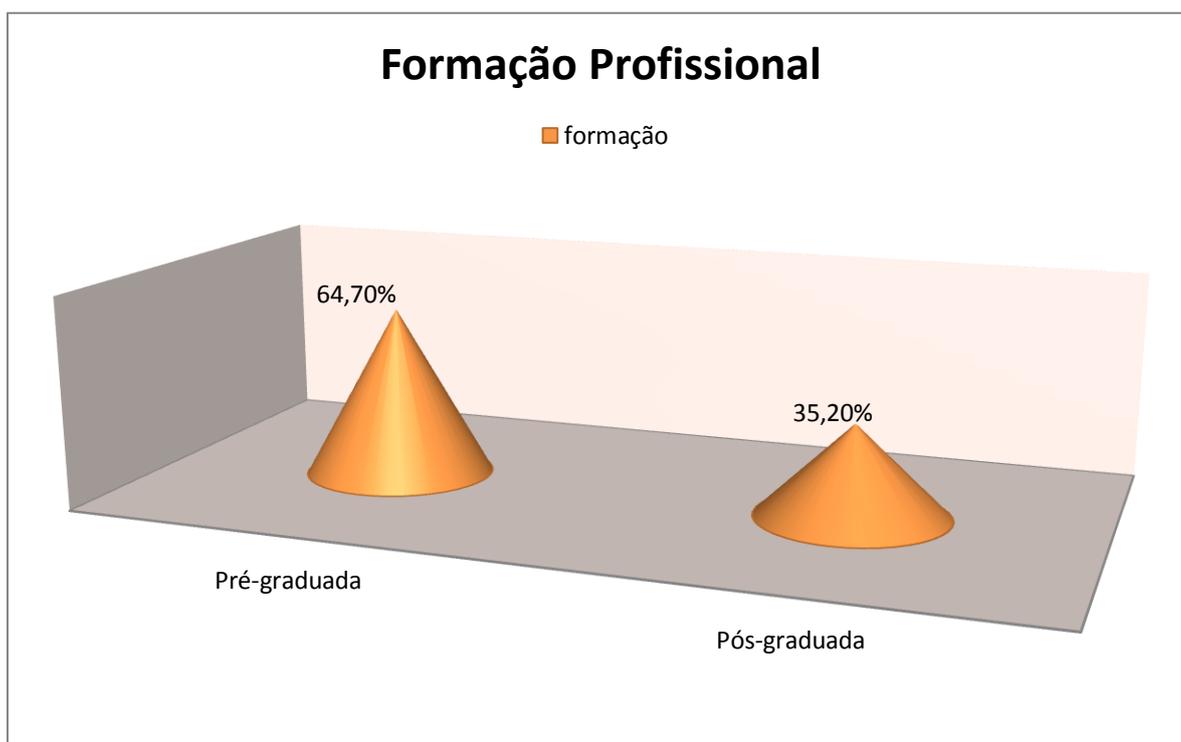


Quanto à **formação profissional**, 79 elementos têm formação pré-graduada, o que representa 64,7% da amostra e 43 elementos (35,7%) possui formação pós-graduada, de acordo com a leitura da Tabela nº4.

**Tabela nº4 – Caracterização da amostra relativamente à formação profissional**

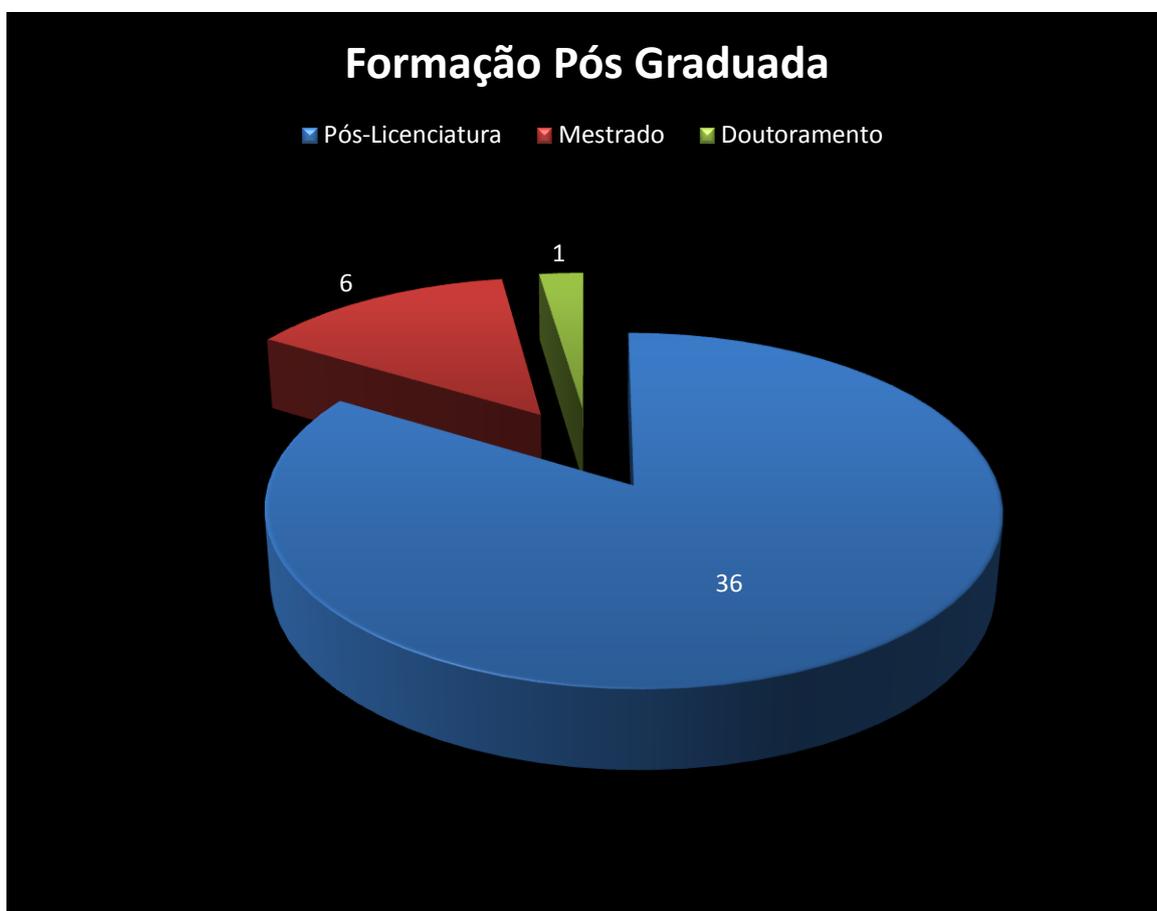
<b>Formação profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pré-graduada</b>	<b>79</b>	<b>64,7</b>
<b>Pós-graduada</b>	<b>43</b>	<b>35,2</b>
Pós-licenciatura	36	29,5
Especialização	6	4,9
Mestrado	1	0,8
Doutoramento		
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 4 – Representação gráfica da formação profissional dos enfermeiros**



Dos elementos com formação pós-graduada, 36 elementos tem curso de pós-licenciatura de especialização, 6 elementos têm mestrado e 1 elemento tem o doutoramento, como se observa no Gráfico nº5.

**Gráfico nº 5** – Representação gráfica da formação pós graduada dos enfermeiros



Ainda no contexto da caracterização da amostra, foi elaborada uma questão sobre a realização de **formação específica** no âmbito da temática da **dor**.

Verificámos que mais de metade da amostra (65,8%) não realizou qualquer formação relacionada com a temática da dor nos últimos 2 anos, conforme se observa na Tabela nº5. Dos enfermeiros que realizaram formação, verifica-se que 22,5% tiveram até 5 horas de formação, 8,3 % tiveram formação com a duração de 6 a 10 horas e apenas 3,3% frequentou formação com duração superior a 10 horas.

Pela análise da Tabela nº 6, verificamos que 80,3% da amostra global não possui formação específica sobre INF.

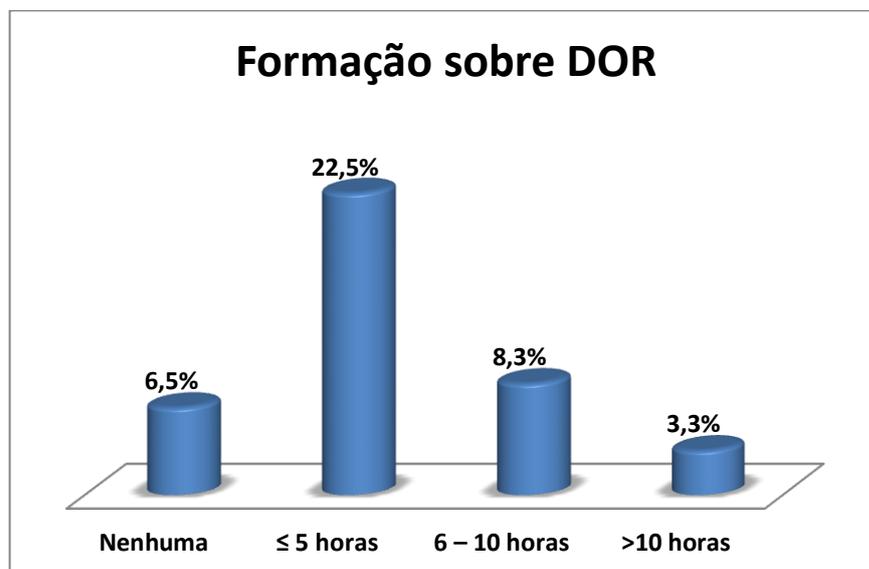
**Tabela nº5** – Caracterização da amostra sobre a realização de formação sobre dor nos últimos 2 anos

<b>Formação sobre DOR nos últimos 2 anos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhuma	80	65,8
≤5 horas	28	22,5
6 – 10 horas	10	8,3
≥10 horas	4	3,3
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

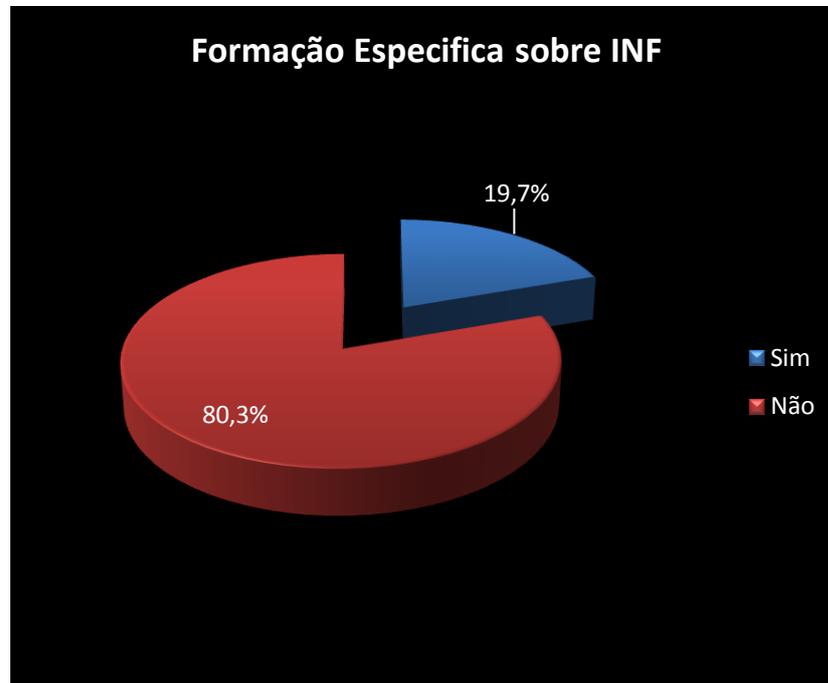
**Tabela nº6** – Caracterização da amostra sobre a realização de formação específica sobre INF

<b>Formação específica sobre INF</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	24	19,7
Não	98	80,3
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 6** – Representação gráfica do número de horas de formação sobre a DOR



**Gráfico nº 7 – Representação gráfica da formação específica sobre INF**



Aos enfermeiros que responderam de forma positiva à questão da formação, foi pedido que indicassem o local onde esta se realizou. Pela leitura da Tabela nº7, verifica-se que 15 elementos realizaram formação fora da instituição, 5 elementos no serviço e 4 elementos na instituição.

**Tabela nº7 – Caracterização da amostra quanto ao local de formação**

<b>Local de formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Serviço	5	20,8
Instituição	4	16,7
Fora Instituição	15	62,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 8 – Representação gráfica do local de formação**



Pela análise do Gráfico nº6, verifica-se que a **formação** foi realizada maioritariamente fora da instituição (62%), 21% da formação foi realizada no serviço e 17% na instituição.

## **1.2. Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas**

Para se verificar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas, foi usada uma escala de likert com 5 alternativas de resposta, pontuadas de 1 a 5: 1- *Discordo totalmente*; 2 – *Discordo*; 3 - *Não tenho opinião*; 4 – *Concordo*; 5 - *Concordo totalmente*.

Do score obtido da soma dos resultados (um score possível entre o mínimo de 16 e o máximo de 80), verifica-se um valor mínimo de 51 e o máximo de 80, com uma média de 59,41 e um desvio padrão de 6,53. Conforme se observa no Quadro nº5.

**Quadro nº5** – Média, desvio padrão, mínimo e máximo do score total dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre INF

	n	Média	Sd	Mínimo	Máximo
ScoreTOTAL	122	59,41	6,53	51,00	80,00

Considerou-se que scores iguais ou superiores a 48 demonstravam conhecimentos e atitudes favoráveis às intervenções não farmacológicas, pelo que a amostra analisada, que apresenta uma média de score de 59,41 revela conhecimentos e atitudes favoráveis relativamente às intervenções não farmacológicas.

Para verificar a questão se **“os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com o tempo de exercício profissional”**, recorreremos ao Teste Kruskal-Wallis.

Como podemos verificar no Quadro nº6, o grupo com mais de 18 anos de exercício profissional apresenta médias mais elevadas que os restantes grupos, verificando-se o aumento das médias há medida que aumenta o tempo de exercício profissional.

Após realização do Teste de Kruskal-Wallis os valores encontrados sugerem que há diferenças estatisticamente significativas ( $p < ,005$ ) entre os grupos.

**Quadro nº6** – Teste Kruskal-Wallis para o tempo de exercício profissional

Conhecimentos e atitudes	Tempo de exercício profissional												Z	p
	0 – 5 anos			6 – 11 anos			12 – 17 anos			>18 anos				
	X	Md	Sd	X	Md	Sd	X	Md	Sd	X	Md	Sd		
	3,59	3,50	,34	3,65	3,43	,41	3,71	3,62	,34	4,23	4,25	,47	16,35	,001

Para verificar a questão se **“os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação profissional”**, recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney

Realizado o teste para verificar se haviam diferenças significativas, obteve-se que os enfermeiros com formação pós-graduada apresentam médias mais elevadas, e que os

resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas (UMW=1203,00; p=,002) entre os dois grupos, como se observa no Quadro nº7.

**Quadro nº7 – Teste U de Mann-Whitney para a formação profissional**

	Formação Pré-Graduada			Formação Pós-Graduada			U	p
	X	Md	Sd	X	Md	Sd		
Conhecimentos e atitudes	3,63	3,52	,34	3,86	3,75	,47	1203,00	,002

Para verificar a questão se **“os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação específica sobre a dor”**, usámos o Teste de Mann-Whitney.

Como se verifica no Quadro nº8 o grupo que tem formação específica sobre dor apresenta uma média mais elevada em relação aos conhecimentos e atitudes sobre INF. Pelos valores encontrados os resultados sugerem que há diferenças estatisticamente significativas (UMW=466,00;p=,000).

**Quadro nº8 – Teste U de Mann-Whitney para a formação específica sobre a dor**

	Formação Específica sobre dor						U	p
	Não			Sim				
	X	Md	Sd	X	Md	Sd		
Conhecimentos e atitudes	3,63	3,52	,34	3,86	3,75	,47	466,00	,000

### 1.3. Percepção dos enfermeiros sobre o uso de intervenções não farmacológicas no controlo da dor

O grupo de questões relacionadas com a percepção do uso das intervenções não farmacológicas pelos enfermeiros, corresponde a uma escala de Likert, na qual se solicitava aos enfermeiros que indicassem com que frequência utilizavam as diferentes intervenções no controlo da dor na criança. As hipóteses de resposta foram pontuadas da seguinte forma: 1 - *Nunca*, 2 - *Raramente*, 3 - *Às vezes*, 4 - *Quase sempre*, 5 - *Sempre*.

Do score de respostas, variável entre o mínimo de 10 e o máximo de 60, considerou-se que valores iguais ou superiores a 30 indicariam o uso favorável das intervenções não farmacológicas e valores inferiores a 30, como indicativos do uso desfavorável das intervenções não farmacológicas. A nossa amostra apresenta uma média de 27,28 considerando-se por isso que detêm uma percepção do uso desfavorável em relação às intervenções não farmacológicas, tal como se observa no Quadro nº9.

**Quadro nº9** – Média, desvio padrão, mínimo e máximo do score total da percepção do uso das INF

	n	Média	Sd	Mínimo	Máximo
Score total percepção do uso	122	27,28	7,06	16,00	44,00

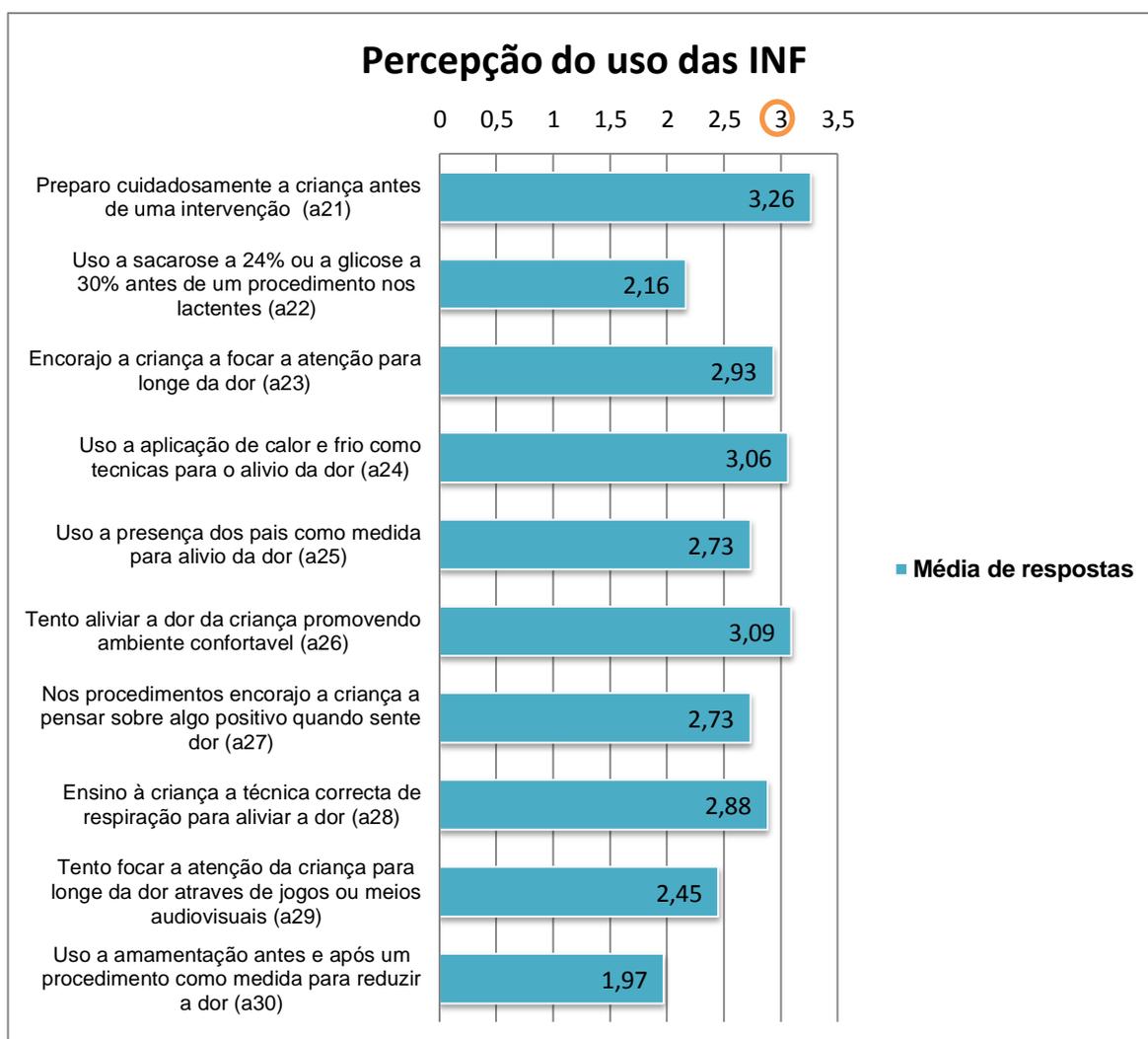
No Quadro nº10, no qual é mostrada a análise individual de cada item relativo à percepção do uso das INF, no qual foi usada uma escala com a pontuação mínima de 1 e a máxima de 5, de acordo com o nível de concordância dos inquiridos (1- *Nunca*; 2- *Raramente*; 3- *Às vezes*; 4- *Quase sempre*; 5- *Sempre*) verifica-se que as INF mais pontuadas foram as afirmações número 21 (Antes de um procedimento preparo cuidadosamente a criança para a intervenção a realizar dizendo o que vais ser feito), número 26 (Tento aliviar a dor promovendo um ambiente confortável) e a afirmação número 24 (Uso a aplicação de calor e frio como técnicas para o alívio da dor) que apresentaram uma média de respostas superiores a 3.

**Quadro nº10** – Média, desvio padrão, mínimo e máximo de cada item da percepção do uso das INF

	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
<b>a21</b>	122	<b>3,26</b>	,83	2,00	5,00
a22	122	2,16	1,02	1,00	5,00
a23	122	2,93	,82	2,00	5,00
<b>a24</b>	122	<b>3,06</b>	,74	1,00	5,00
a25	122	2,76	,95	1,00	5,00
<b>a26</b>	122	<b>3,09</b>	,83	2,00	5,00
a27	122	2,73	,81	1,00	5,00
a28	122	2,88	,78	2,00	5,00
a29	122	2,45	,81	1,00	5,00
a30	122	1,97	1,11	1,00	5,00

No Gráfico nº9 observamos a média das respostas obtidas para cada item relativo à percepção do uso das intervenções não farmacológicas.

**Gráfico nº9** – Representação gráfica das médias de resposta relativas à percepção do uso das INF



Para verificar a questão se “ a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com o tempo de exercício profissional”, recorreremos ao Teste Kruskal-Wallis.

Pelo Quadro nº11 observamos que o grupo com mais de 18 anos de tempo de exercício profissional tem uma média mais elevada que os restantes grupos, verificando-se que os resultados indiciam que há diferenças estatisticamente significativas ( $Z=18,36$ ;  $p=,000$ ) entre os grupos.

**Quadro nº11** – Teste Kruskal-Wallis para percepção do uso das INF e o tempo de exercício profissional

		Tempo de exercício profissional												Z	p
		0 – 5 anos			6 – 11 anos			12 – 17 anos			>18 anos				
		X	Md	Sd	X	Md	Sd	X	Md	Sd	X	Md	Sd		
Percepção do Uso das INF		2,44	2,40	,46	2,71	2,70	,59	2,75	2,60	,74	3,59	3,70	,80	18,36	,000

Para verificar a questão se “ a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação profissional”, recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney.

Verificamos que o grupo com formação pós graduada tem uma média superior ao grupo com formação pré-graduada, contudo os resultados indiciam que não existem diferenças estatisticamente significativa entre os grupos ( $U=1377,00$ ;  $p=,084$ ), de acordo com a leitura do Quadro nº12.

**Quadro nº12** – Teste U de Mann-Withney para a percepção do uso e a formação profissional

		Formação Pré-Graduada			Formação Pós-Graduada			U	p
		X	Md	Sd	X	Md	Sd		
Percepção do Uso das INF		2,60	2,50	,53	2,97	2,80	,90	1377,00	,084

Para verificar a questão se “ a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação específica sobre intervenções não farmacológicas”, recorremos ao Teste U de Mann-Whitney .

Realizado o teste U de Mann-Whitney para verificar se haviam diferenças significativas, constatamos que o grupo com formação específica sobre INF tem uma média mais elevada e os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (U=564,00;p=,000), como se apresenta no Quadro nº13.

**Quadro nº13** – Teste U de Mann-Withney para a percepção do uso e a formação específica sobre INF

	Sem Formação			Com Formação			U	p
	X	Md	Sd	X	Md	Sd		
Percepção do Uso das INF	2,60	2,45	,60	3,30	3,20	,83	564,00	,000

Para verificar a questão se “os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a percepção do uso das intervenções não farmacológicas”, recorremos ao Teste de Correlação de Spearman’s

Pela aplicação do teste e como se observa no Quadro nº14, verificam-se correlações positivas, com uma associação moderada e uma significância estatística elevada.

**Quadro nº14** – Teste de correlação de Spearman para os conhecimentos e atitudes e a percepção do uso das INF

Percepção do uso	Conhecimentos e atitudes	
	R <sub>o</sub>	P
	,599	,000

#### 1.4. Barreiras ao uso das Intervenções não farmacológicas

Para conhecer a opinião dos nossos pesquisados em relação aos obstáculos ao uso das intervenções não farmacológicas, formulamos um grupo de frases, construídas com base no quadro teórico e solicitamos aos inquiridos que escolhessem as opções que fossem de encontro às suas concepções sobre o assunto.

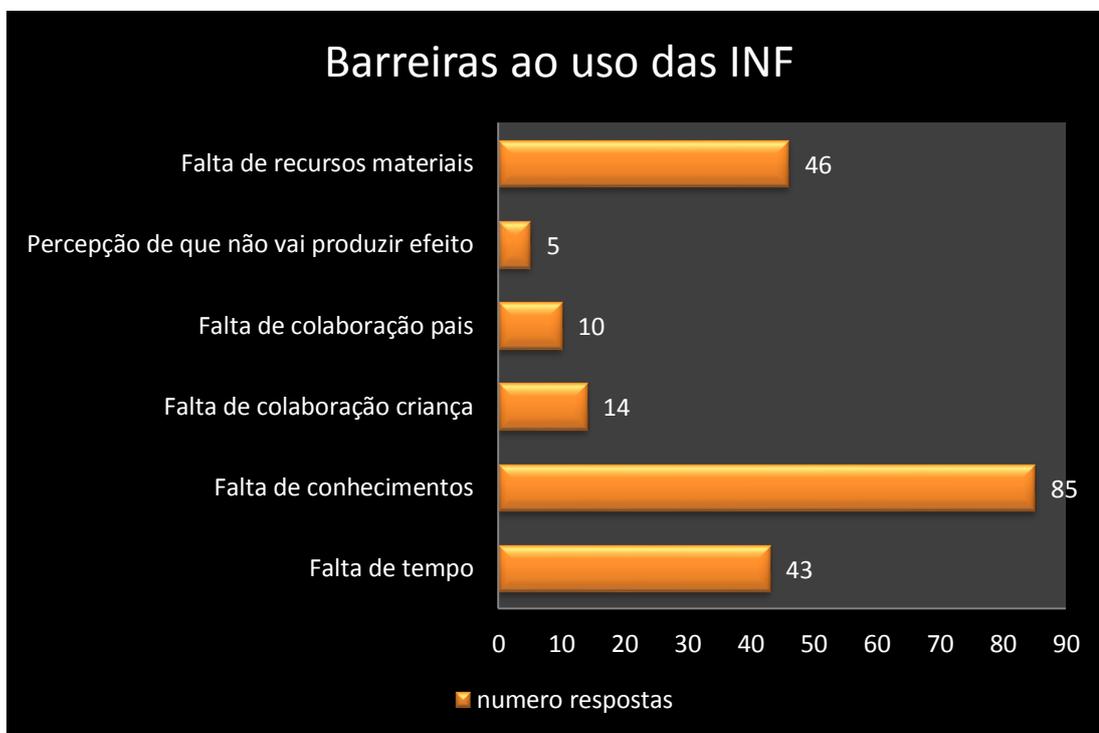
Os resultados podem ser observados no Quadro nº15.

**Quadro nº15** – Representação do número de respostas à questão Barreiras ao uso das INF

	N	X	Md	Sd
Falta de tempo	43	1,65	2,00	,48
Falta de conhecimentos	85	1,30	1,00	,46
Falta de colaboração da criança	14	1,89	2,00	,32
Falta de colaboração dos pais	10	1,92	2,00	,28
Percepção de que não vai produzir efeito	5	1,96	2,00	,20
Falta de recursos materiais	46	1,62	2,00	,49

Os itens “Falta de tempo”, “Falta de conhecimentos” e “Falta de recursos materiais”, foram os itens que apresentaram maior número de respostas, como se observa no Gráfico nº10.

**Gráfico nº10** – Gráfico representativo do número de respostas das Barreiras ao uso das INF



De seguida serão discutidos os resultados obtidos nesta investigação.

## 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de resultados permite reflectir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica, comparando-os em simultâneo com os objectivos e questões enunciadas e com os resultados de outros estudos publicados acerca da problemática em estudo.

Durante muitos anos prevaleceram mitos e conceitos erróneos sobre a dor nas crianças. Contudo a evidência científica tem demonstrado que as crianças, até mesmo o recém-nascido prematuro, percebe, processa e reage à dor, embora de maneira diferente da criança maior e do adulto. A criança patenteia a sua dor através de uma linguagem muito própria, cabendo aos profissionais de saúde e em particular aos enfermeiros, avaliar e implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, no sentido de eliminar, reduzir ou minimizar os efeitos nefastos da dor na criança.

É incompreensível nos dias de hoje, a grande lacuna existente entre o aumento do conhecimento científico acerca da dor e do seu tratamento e a sua aplicação prática que continua a ser gerida de forma insuficiente pelos profissionais de saúde. Embora o alívio da dor seja um direito cuja natureza não é definida de forma precisa e clara, sendo referida apenas como uma recomendação relacionada com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, no qual os mesmos têm o dever moral e ético de realizar a sua monitorização, avaliação e tratamento **Fonte especificada inválida..**

O alívio da dor deve ser encarado como uma questão de saúde pública de importância fundamental, constituindo um direito humano universal, explicito na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1984), que no seu artigo 5º refere que “ninguém pode ser sujeito...a tratamento desumano ou degradante...”. O mesmo direito ao alívio da dor está implícito no direito à saúde, tendo em conta que a OMS definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade”.

Ao reflectirmos sobre o nosso quotidiano de trabalho num serviço de pediatria, quer seja de urgência ou de internamento, constatamos o quanto a criança é exposta a técnicas e procedimentos invasivos e passíveis de causarem dor, num local que por pressuposto seria de diagnóstico e de tratamento mas que no entanto muitas vezes se torna num local imperativo de dor e *stress*. A crescente preocupação com o manuseamento da dor na criança, através do recurso a INF, serviu de mote ao

desenvolvimento do nosso estudo. O presente capítulo está organizado de acordo com as questões levantadas de forma a conduzir esta discussão.

### **Caracterização da amostra**

A nossa amostra é composta por 122 enfermeiros, a exercerem funções em diferentes serviços e instituições, com idades compreendidas entre os 26 anos e os 52 anos, com uma média de 34,72 anos de idade, verificamos por isso que se trata de um grupo jovem.

Relativamente ao género verificamos que a nossa amostra é maioritariamente composta por enfermeiros do sexo feminino, representando 70,5% contra 29,5% de enfermeiros do sexo masculino. Esta diferença não constitui surpresa pois apesar do número crescente de enfermeiros do sexo masculino, a profissão de enfermagem continua intimamente associada ao conceito de profissão feminina, fenómeno que advém dos diversos papéis que foram atribuídos à mulher ao longo do desenvolvimento das sociedades a quem coube a tarefa de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. Os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros revelam que as enfermeiras representam 81,3% da profissão, contra 18,7% dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). Na actualidade, sob o ponto de vista legal não há qualquer diferença no que se refere à entrada de pessoas do sexo masculino ou feminino na profissão de enfermagem, assim como no mercado de trabalho. Contudo, ainda não foi possível “descolar” da identidade da enfermagem como sexualmente agregada ao estereótipo de feminilidade que teve início no século XIX.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, os resultados obtidos revelam que os elementos da nossa amostra têm maioritariamente entre 12 e 17 anos de experiência profissional, sendo que, de seguida se enquadram os elementos com 5 anos ou menos de experiência profissional representando 33,6%, o grupo com experiência profissional entre 6 e 11 anos representa 20,5%, e 35,2% possui entre 12 e 17 anos de experiência profissional. Apenas 10,7% elementos têm mais de 18 anos de exercício profissional.

Quanto à formação profissional apenas 35,2% dos elementos possuem formação pós graduada, destes 36 possuem cursos de pós-licenciatura de especialização, 6 o mestrado e 1 elemento possui o doutoramento. Estes resultados contrariam a desejável tendência para a especialização de todos os enfermeiros de forma a dar resposta à promoção do desenvolvimento dos enfermeiros e da disciplina de

enfermagem, mediante o preconizado percurso de desenvolvimento profissional, de modo a que o cidadão seja atendido por profissionais reconhecidos e de elevado nível de adequação dos cuidados prestados às necessidades de cada pessoa. A OE preconiza a especialização de todos os enfermeiros e que as especialidades sejam estruturadas segundo o ciclo vital do ser humano (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

Sabe-se que a formação académica dos enfermeiros é muito abrangente pois ao longo do curso são abordados conteúdos que servem de base à organização de disciplinas específicas que visam preparar o profissional para os cuidados a indivíduos nas diversas fases do ciclo vital. Por outro lado ao enfermeiro especialista, e de acordo com o REPE (DL n161/96 de 4 Setembro) é-lhe “reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Reconhecemos ainda que ao enfermeiro especialista cabe o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico de enfermagem, resultando numa profunda compreensão da pessoa e dos processos saúde doença, num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, conduzindo a intervenções de elevado nível de adequação às necessidades de cada indivíduo.

No que diz respeito à criança, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, poderá ser entendido como um perito na concepção e gestão dos cuidados à criança e família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Pelo que neste sentido, é capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efectuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia.

No entanto os dados que obtivemos não vão de encontro aos dados disponibilizados pelas OE (2014), onde se pode constatar que desde 2005 houve um aumento bastante significativo do número de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria, pela análise do documento podemos observar que no ano de 2005 existiam 987 enfermeiros com esta especialidade e em 2013 eram já 1993 os enfermeiros com a especialidade de saúde infantil e pediatria, o que denota a pretensão destes profissionais em adquirir novos saberes e competências.

Relativamente à formação sobre a dor, constatamos que 65,8% da amostra não realizou qualquer formação relacionada com a temática da dor nos últimos 2 anos. Dos enfermeiros que realizaram formação, verifica-se que 22,5% tiveram até 5 horas de formação, 8,3 % tiveram formação com a duração de 6 a 10 horas e apenas 3,3%

frequentou formação com duração superior a 10 horas. No que diz respeito à formação específica sobre INF, 80,3% da amostra global não possui formação nesta área. Relativamente ao local de realização da formação sobre INF verificamos que a grande maioria realizou formação fora da instituição (15 elementos), 5 elementos realizaram formação no serviço e 4 elementos na instituição.

A sustentar os nossos resultados também Lambert (1996) referem que a falta de formação tem sido uma barreira no tratamento adequado da dor, num estudo que realizaram nos Estados Unidos envolvendo 1236 enfermeiros, constataram que 38% reportaram uma hora de formação em dor e 34% receberam cinco horas de formação em dor. Os autores referem ainda que a maioria dos enfermeiros considera a formação insuficiente por várias razões pertinentes, onde salientam que a formação deve ser continua (50% das respostas), relatam pouco conhecimento sobre dor (30,6% das respostas), consideram um tema complexo (8,3% das respostas) e referem ainda que há falta de formação no serviço, no hospital e no curso de licenciatura (11,1%).

De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor, o controlo da dor constitui uma prioridade no contexto da prestação de cuidados humanizados e de qualidade. Segundo os princípios orientadores preconizados pelo programa, advém a avaliação e o registo da intensidade da dor como norma de boa prática, não obstante ser considerado como o 5º sinal vital, tal como é referido na Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde. Acresce ainda neste contexto, que cabe aos profissionais de saúde a adopção de estratégias de prevenção e controlo da dor, mediante intervenções farmacológicas e não farmacológicas (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2001).

Para que se prestem cuidados de qualidade é fundamental que a formação dos profissionais seja contínua e progressiva, de modo a que acompanhe a evolução científica e tecnológica que vai ocorrendo. É também importante realçar que a consolidação do processo de qualidade está dependente dos esforços e do desempenho individual e colectivo, mediante a participação e envolvimento dos profissionais das instituições, assim as instituições podem e devem emergir como entidades formadoras para os profissionais.

## **Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre INF na gestão da dor na criança**

Relativamente à variável conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre INF verificámos que a nossa amostra tem conhecimentos e atitudes favoráveis em relação às INF, contudo a média das respostas situa-se num limiar baixo do que é considerado como conhecimento favorável. Salientamos no entanto, o facto de haver enfermeiros que obtiveram o score máximo no questionário.

Os itens com pontuações mais altas foram respectivamente – “Concentrar a atenção da criança sobre experiências agradáveis reduz a dor”, que de valores possíveis entre 1 a 5, apresentou uma média de respostas de 4,31; “As técnicas de relaxamento e os exercícios respiratórios ajudam a controlar a dor e reduzem a ansiedade” com uma média de respostas de 4,27 seguido do item “As INF são simples e não invasivas” com uma média de 4,20 e “A dor relacionada com os procedimentos é uma das piores experiências na vida da criança” com 4,13.

Relativamente aos itens com pontuações mais baixas verificamos que o item “Em crianças com necessidade de tratamento com fármacos as INF não são úteis na redução da dosagem da medicação” com uma média de 2,85 seguida de “A sucção não nutritiva é considerada uma INF” com a média de 2,89 e “As INF não contemplam o envolvimento dos pais” com uma média de 3,00.

Estes resultados são curiosos e permitem-nos reflectir sobre a nossa prática diária, em particular no que diz respeito ao último item referido “As INF não contemplam o envolvimento dos pais” pois é habitual a criança ser acompanhada pelo menos por um dos pais ou cuidador durante o processo de hospitalização e também durante a realização da grande maioria dos procedimentos dolorosos, contudo os enfermeiros não consideram tal facto como uma intervenção não farmacológica, assumindo-a apenas como um direito que a criança tem.

Os nossos resultados não vão totalmente de encontro aos resultados obtidos pelos trabalhos desenvolvidos por Manworren (2000), que no seu estudo identificou falhas a nível do conhecimento sobre o controlo da dor, nomeadamente sobre as intervenções não farmacológicas.

Pulter e Madureira (2004) relataram que em termos de cuidados de enfermagem, o uso de técnicas não farmacológicas pode não eliminar a dor, mas contribuem para diminuir o sofrimento por ela causado. O estudo realizado por estas autoras evidenciou o desconhecimento destes profissionais relativamente às diversas técnicas

não farmacológicas úteis para a prevenção e alívio da dor e que fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem.

Salantera *et al.* (1999) desenvolveram um questionário sobre o controlo da dor com base numa revisão realizada sobre o tema, o qual foi aplicado a 265 enfermeiros pediátricos na Finlândia, de onde concluíram que existiam lacunas nos conhecimentos dos enfermeiros.

Também Twycross (2004) usou uma versão modificada do questionário de Salantera, de onde concluiu que as lacunas mais evidentes relacionadas com a falta de conhecimentos estavam relacionadas com a administração de analgésicos, com as intervenções não farmacológicas e com a fisiologia da dor. Outros estudos tiveram como base os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre a dor, vieram reforçar a ideia de que a falta de conhecimentos dos enfermeiros é uma das principais razões existentes para o controlo inadequado da dor na criança, em particular os relacionados com as intervenções farmacológicas e não farmacológicas (VICENT, 2005; ELLIS *et al.*, 2007).

De referir ainda que a responsabilidade da aquisição e actualização dos conhecimentos sobre a dor deve ser partilhada pela instituição de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Após termos determinado os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre as intervenções não farmacológicas procurámos verificar as questões formuladas. Um dos propósitos do estudo foi saber se os conhecimentos e atitudes estão relacionados com algumas variáveis socioprofissionais.

Em resposta à questão nº1 - **Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com o tempo de exercício profissional?**

Os resultados obtidos apontam para um resultado estatisticamente significativo ( $p < ,005$ ) verificando-se que os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros estão relacionados com o tempo de exercício profissional.

Estes achados são confirmados por Polkki *et al.* (2003) que no seu trabalho sobre “Os factores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alívio da dor de doentes pediátricos” concluíram que enfermeiras mais velhas e com maior experiência no trabalho são mais competentes e menos inseguras

na utilização de técnicas não farmacológicas quando comparadas com as enfermeiras mais jovens e com menos experiência.

Também Lui (2007) na sua pesquisa “Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros das unidades médicas de Hong Kong no controlo da dor” verificou que os enfermeiros com uma maior percentagem de respostas correctas em NKASRP-C (Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses) possuíam mais experiência clínica no controlo da dor e maior aplicação destes conhecimentos no seu trabalho diário.

Batalha (2001) no seu estudo “ A criança com dor e a sua família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos” apurou que o tempo de exercício profissional influenciava de forma estatisticamente significativa os saberes e práticas dos enfermeiros.

Também Polkki *et al.* (2003) verificaram que as variáveis idade, formação e experiência profissional influenciaram significativamente a aplicação destas técnicas, sendo que as enfermeiras com mais experiência profissional, eram mais competentes e menos inseguras na utilização das INF do que as enfermeiras com menos experiência profissional. Apuraram ainda que 98% dos enfermeiros referiram a necessidade de aprender mais sobre os diferentes métodos de alívio da dor.

**Questão nº2 - Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação profissional?**

Os resultados obtidos no nosso estudo indiciam que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem estão relacionados com a formação profissional, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p < ,005$ ).

Os estudos realizados por Manworren (2000) vão de encontro aos nossos resultados, a autora realizou uma investigação com o propósito de avaliar “O conhecimento e atitudes dos enfermeiros pediátricos no controlo da dor”, onde inferiu que os enfermeiros com maior categoria profissional responderam correctamente a uma maior percentagem de perguntas. Os enfermeiros com o grau de mestrado tiveram pontuações mais altas que os outros participantes.

Rieman e Gordon (2007) baseando-se na escala realizada por Manworren (Pediatric Nurses Knowledge and Attitudes Survey) para interpretar a proficiência no controlo da dor de 295 enfermeiros pediátricos de 8 hospitais pediátricos dos Estados Unidos, analisaram e correlacionaram algumas variáveis (a idade, o nível de educação, a experiência profissional, a experiência no controlo da dor) com as pontuações obtidas

no questionário e concluíram que as pontuações mais baixas (indicativas de menos conhecimento) estavam relacionadas com menor formação na área da dor, menor tempo de experiência profissional e menor formação profissional dos enfermeiros.

Também o Programa Nacional de Controlo da dor (2008) sugere diversas estratégias de formação, sendo que uma delas é dirigida no sentido de sensibilizar as escolas de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós graduada na abordagem da dor.

A base dos conhecimentos que são necessários para o adequado controlo da dor forma-se inicialmente no ensino pré-graduado, sendo este o momento oportuno para uma abordagem organizada dos conhecimentos fundamentais, em áreas essenciais como a dor, que permitam o desenvolvimento posterior para a aquisição de competências para uma boa prática clínica dos futuros profissionais. Contudo verifica-se que para os profissionais de saúde que trabalhem diariamente com a criança com dor, a formação adquirida no ensino pré-graduado parece não ser suficiente para que haja uma gestão adequada da dor, pelo que é preconizado que se aprofunde e actualize o tema através de cursos de pós-graduação e outras acções de educação continua.

Num estudo realizado sobre o “Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal” é referido que apesar da crescente preocupação com o tema da dor, e consequente aumento do número de publicações nestas áreas, poucos são os trabalhos que podem ser encontrados sobre o ensino da dor nas instituições de ensino superior. As escassas publicações existentes na área da educação em saúde são generalistas e com excepção de um artigo sobre a situação do ensino médico sobre a dor no Reino Unido e uma tese de mestrado em enfermagem realizada no Brasil, não foram encontrados estudos que avaliem e descrevam de forma sistemática o ensino proporcionado na área da dor no contexto do ensino pré e pós-graduado (CENTRO NACIONAL DE OBSERVAÇÃO EM DOR, 2010).

**Questão nº3 - Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a formação específica sobre intervenções não farmacológicas?**

No nosso trabalho apurámos que existe uma relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as INF e a formação específica sobre INF.

Quando perguntámos aos enfermeiros se tinham recebido formação específica no controlo da dor, a esmagadora maioria da nossa amostra respondeu negativamente. Isto revela-se bastante importante, uma vez que a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde são estratégias fundamentais para a melhoria dos cuidados à criança com dor. De acordo com Malheiro (2009), o conhecimento e as práticas dos enfermeiros no âmbito da dor são elementos de grande importância na qualidade dos cuidados prestados às crianças. A autora aponta como fonte de conhecimentos dos enfermeiros advém da experiência clínica e dos diálogos com os médicos, como promotores de uma partilha de conhecimento prático da dor.

Os nossos resultados são corroborados também por Batalha (2001) que refere que a formação dos enfermeiros é vital para a melhoria dos cuidados, sendo presumível pensar que os que possuíam mais formação tivessem pontuações mais elevadas no inventário de saberes e práticas, o que se confirmou. Concluiu ainda que as acções de formação sobre a dor são uteis para a adopção de saberes e práticas de excelência em relação à dor na criança, e que influenciam de forma estatisticamente significativa os saberes e práticas dos enfermeiros.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) refere que os enfermeiros, pelo contacto frequente que têm com os doentes, na comunidade, no domicílio, no internamento e no ambulatório, desempenhando um papel fundamental na avaliação do impacto da dor na pessoa, na família e na comunidade, pela implementação de acções para o controlo da dor e na avaliação da eficácia das mesmas. Acresce ainda que, como resultado deste papel central na abordagem da dor, é de esperar que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre os mecanismos, teorias e epidemiologia da dor, assim como os conhecimentos sobre terapêutica (farmacológica e não farmacológica) para o alívio da dor.

Contudo, as formações relativas à gestão da dor por si só, não mudam os comportamentos dos profissionais de saúde, torna-se crucial direccionar esforços com o objectivo global de desmantelar uma “ética de sub tratamento da dor” e transformar as abordagens individuais em colectivas a nível internacional, nacional e institucional. Estes esforços passam por uma consciencialização e mudança de atitudes por parte dos profissionais de saúde, relativamente ao doente com dor, reconhecendo que a dor é transversal a todo o ciclo vital.

Cuidar da criança com dor requer uma relação interpessoal, devendo o enfermeiro conhecer a fisiologia da dor, bem como os seus comportamentos, para poder actuar no sentido de a debelar e se possível intervir na sua prevenção. Ressalta assim a

necessidade de formação indispensável para que a dor em pediatria seja antecipada e adequadamente abordada nos seus diversos aspectos.

### **Percepção do uso das intervenções não farmacológicas**

No nosso estudo relativamente à percepção do uso das INF pelos enfermeiros na gestão da dor na criança, apurámos que a amostra detém uma percepção desfavorável em relação ao uso das INF, verificámos que de um score possível entre 10 e 60, obtivemos um mínimo de 16 e o máximo de 44, com um score médio de respostas de 27,28 o qual fica muito aquém do que seria desejável.

Verificamos que na análise individual de cada item, as INF menos usadas pelos nossos inquiridos são a amamentação, com uma média de respostas de 1,97 seguindo-se o uso da sacarose ou glicose com a media de 2,16 e o uso de jogos ou meios audiovisuais para tentar focar a atenção da criança para longe da dor com a média de 2,45. Como podemos constatar que este tipo de intervenções apesar de serem de fácil aplicação, de não implicarem grande dispêndio de tempo e/ou recursos materiais não são usadas na prática diária de cuidados pela maioria da nossa amostra.

Como INF mais usadas pela nossa amostra temos em primeiro lugar com uma média de 3,26 a preparação da criança antes de uma intervenção, seguida da promoção de um ambiente confortável com 3,09 e da aplicação de calor e frio com 3,06. Verificamos que apesar de estes serem os itens mais pontuados apresentam medias bastantes mais baixas do que seria o ideal, de onde podemos inferir que o uso das INF no controlo da dor está muito aquém do que seria desejável.

O controlo da dor compreende intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, pelo que sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença, deve intervir na promoção de cuidados que aliviem ou reduzam para níveis consideráveis aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

A relevância atribuída às intervenções não farmacológicas é hoje assumida na bibliografia. A analgesia resultante das intervenções não farmacológicas está relacionada com a inibição da transmissão do impulso doloroso, directamente por meio da libertação de opiáceos endógenos ou indirectamente através da ampliação da toada inibitória das vias descendentes do córtex cerebral (GUINSBURG, 2001).

Também Pimenta (2000) considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que actuem nos

diversos componentes da dor. De acordo com a autora, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação.

Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível.

As intervenções não farmacológicas não substituem o tratamento farmacológico no tratamento da dor, pelo que o suporte farmacológico deve ser a alternativa quando as medidas de suporte não têm êxito. É neste sentido que os enfermeiros têm um papel preponderante contribuindo para o conhecimento e compreensão do fenómeno doloroso na criança, nomeadamente ao nível das práticas de avaliação da dor, de modo a implementarem-se medidas farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento adequado. Para que desta forma se possam garantir cuidados de excelência à criança.

De acordo com os nossos resultados também Resende *et al.* (2006,p.32) no artigo “Cuidar a Pessoa com Dor: Uma abordagem multidisciplinar” centrado num projecto de investigação sobre a dor num serviço de medicina intensiva verificaram que “os cuidados de enfermagem, neste âmbito resumiam-se à administração de fármacos, existindo pouca utilização de técnicas não farmacológicas da competência de enfermagem”.

Também Batalha (2010) refere que existem fragilidades quanto aos conhecimentos dos profissionais relacionados com o controle e alívio da dor, indicando que a maior parte basicamente se restringe aos métodos farmacológicos e não visualizam o problema de forma mais ampla impossibilitando assim uma melhor assistência.

#### **Questão nº4 - Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com o tempo de exercício profissional?**

Como resposta a esta questão os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, de onde podemos afirmar que a percepção do uso está relacionada com o tempo de exercício profissional. Verificamos que a maioria da nossa amostra tem já uma larga experiência profissional, apresentando maioritariamente entre os 12 e os 17 anos de exercício profissional.

Batalha (2001) no seu estudo “ A criança com dor e a sua família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos” apurou que a variável tempo de exercício profissional

revelou influenciarem de forma estatisticamente significativa, os saberes e práticas dos enfermeiros.

Os nossos resultados vão de encontro aos encontrados por Polkki *et al.* (2003) que no seu trabalho sobre “ Os factores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alívio da dor de doentes pediátricos” onde concluíram que as enfermeiras mais velhas e com maior experiência no trabalho são mais competentes e menos inseguras na utilização de técnicas não farmacológicas quando comparadas às enfermeiras mais jovens e com menor experiência.

Também Polkki *et al.* (2003) referem que algumas variáveis sociodemográficas como a idade, o nível de educação e a experiência profissional parecem estar relacionadas com os factores que influenciam o uso das INF. A variável experiência profissional num serviço de pediatria apresenta uma correlação estatisticamente significativa com factores como a competência profissional e a insegurança.

**Questão nº5 - Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação profissional?**

Os resultados obtidos para esta questão indiciam que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, de onde se conclui que a percepção do uso das INF não está relacionada com a formação profissional dos enfermeiros.

Seria de esperar, e de acordo com o que já foi referido anteriormente, que os enfermeiros com mais formação profissional tivessem um uso mais favorável das INF, uma vez que a formação pós-graduada segundo o que está descrito na literatura proporciona um leque mais vasto de conhecimentos e competências que devia despertar os enfermeiros para a importância do uso das INF na gestão da dor.

Batalha (2001) na sua pesquisa conclui que os enfermeiros especialistas, em particular os que detinham a especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediatria, obtiveram pontuações mais elevadas quanto aos saberes e práticas no alívio da dor, o que contraria os nossos resultados.

Contudo, tem vindo a esboçar-se alguma preocupação no ensino pré-graduado na problemática da dor, de forma a permitir que os futuros profissionais possam ter uma formação adequada nesta área, acrescenta ainda que têm abundado nos últimos anos frequentes reuniões científicas que abordam os vários aspectos da dor, o que poderá ser um aspecto que justifica os nossos resultados.

**Questão nº6 - Será que a percepção do uso das intervenções não farmacológicas está relacionada com a formação específica sobre intervenções não farmacológicas?**

Para esta questão os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, pelo que podemos inferir que a percepção do uso está relacionada com a formação específica sobre as intervenções não farmacológicas.

Para descrever os factores que promovem ou dificultam o uso de intervenções não farmacológicas pelas enfermeiras para aliviar a dor pós-operatória nas crianças, foi realizado um estudo quantitativo, através da aplicação de um questionário tipo Likert a 162 enfermeiros (Polki *et al.*, 2003). Como factores que promovem o uso das intervenções não farmacológicas estão as habilidades das enfermeiras, a diversidade dos métodos de alívio da dor, o processo de trabalho, a idade e a habilidade de cooperação da criança e cooperação dos pais. Já os factores que impedem incluem a insegurança dos enfermeiros, a habilidade da criança em expressar dor as limitações dos métodos de alívio da dor e o excesso de trabalho. O estudo contribui também para mostrar que enfermeiras mais velhas e com maior experiência de trabalho são mais competentes e menos inseguras na utilização de intervenções não farmacológicas, quando comparadas com enfermeiras mais novas e com menos experiência.

Um estudo realizado por Jacob e Puntillo (1999) sobre medidas de conforto, distração e técnicas de relaxamento utilizadas pelas enfermeiras para o controlo da dor nas crianças, que teve como objectivo descrever as percepções das enfermeiras sobre a própria avaliação e controlo da dor das crianças. As autoras relataram que está documentado que as INF são eficazes no controlo da dor mas o seu uso na prática não é explorado na totalidade.

Para He (2010) a educação pode ter um efeito positivo no uso das intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros e das famílias das crianças, mas frequentemente são as atitudes, os valores e as crenças das crianças, dos enfermeiros e das organizações que influenciam os *outcomes* da educação e muitas vezes actuam como barreiras à optimização da prática do controlo da dor.

**Questão nº7 - Será que os conhecimentos e atitudes que os enfermeiros possuem sobre intervenções não farmacológicas estão relacionados com a percepção do uso as intervenções não farmacológicas?**

Os resultados obtidos no nosso estudo evidenciam a existência de correlações positivas entre os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros sobre INF e a sua percepção do uso no controlo da dor na criança.

A contrariar os nossos resultados um estudo realizado por Vicent e Denyes (2004) no qual procuravam analisar a relação entre os conhecimentos e as atitudes no controlo da dor na criança, através da administração de analgésicos. Observaram 67 enfermeiros a prestarem cuidados a 132 crianças com idades entre os 3 e os dezassete anos e concluíram que os enfermeiros que possuíam um melhor conhecimento sobre a dor não eram mais propensos a administrar analgésicos.

Também Twycross (2010) sugere que continua a haver falta de conhecimentos dos enfermeiros no controlo da dor pediátrica através do uso das intervenções não farmacológicas. Contudo e segundo a mesma autora, não há evidência de que exista uma correlação positiva entre o nível de conhecimento dos enfermeiros e a sua prática no controlo da dor.

**Questão nº8 – Quais as Barreiras ao uso das intervenções não farmacológicas?**

No nosso estudo verificámos que a amostra apontou maioritariamente três barreiras de entre as seis apresentadas, foram elas: a falta de conhecimentos, a falta de recursos materiais e a falta de tempo.

Os próprios enfermeiros reconhecem a falta de conhecimentos como um dos maiores obstáculos ao uso das intervenções não farmacológicas, o que vai de encontro ao sugerido pela literatura, o que nos sugere a importância de investir na formação sobre as INF.

Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä (2001) realizaram um estudo com o objectivo de descrever as INF aplicadas pelas enfermeiras de um hospital na Finlândia para aliviar a dor no pós-operatório. A amostra foi constituída por enfermeiras que trabalhavam em serviços de cirurgia pediatria, e concluíram que são aplicadas frequentemente técnicas não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória, tais como: o suporte emocional, o auxílio nas actividades de vida diária e proporcionar um ambiente confortável. No entanto verificaram que as técnicas comportamentais e de intervenção física são

utilizadas com menos frequência. As autoras alertam para a necessidade de aplicar outras técnicas, como o uso da imagem, relaxamento e massagem.

Ainda Polkki *et al.* (2003) identificaram como factores que promovem a não utilização das INF: o excesso de trabalho, a insegurança dos enfermeiros, as limitações dos métodos de alívio da dor e o método de trabalho.

De acordo com Batalha (2001) a negligencia no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido em Portugal, sendo que desde o ano de 2001 têm sido realizadas inúmeras iniciativas no sentido de melhorar a prática dos cuidados nessa área, através de acções de sensibilização e formação dos profissionais de saúde, pela publicação de orientações técnicas e guias de boa prática. O mesmo autor em 2012 replicou um estudo realizado em 2002, no qual procurava caracterizar os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança hospitalizada, esse estudo envolveu quatro hospitais/serviços pediátrico do país, com o objectivo de caracterizar os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança até aos 18 anos e analisar a evolução feita nos cuidados entre os anos de 2002 e 2012. Como resultados obteve que passados dez anos do primeiro estudo, verificou que a prevalência da dor decresceu em mais do dobro, cerca de  $\frac{3}{4}$  das crianças não apresentam dor e a sua intensidade é significativamente menos, apesar de haver ainda crianças que sofrem de dor intensa, de onde concluiu que os resultados são encorajadores e reveladores de que os esforços realizados são proveitosos. Constatou ainda que o tratamento farmacológico não sofreu alterações nos dez anos decorridos, contudo o dado mais surpreendente está relacionado com o decréscimo acentuado da utilização das INF. O autor aponta como razões possíveis para esse facto o contexto socioeconómico em que vivemos, a redução do rácio entre o número de enfermeiros por criança a cuidar, o que facilita na prática a relegação para segundo plano o controlo da dor. Verificou ainda que as intervenções farmacológicas não se alteraram mas que a implementação de INF baixou. Pelo que conclui que o investimento na formação deve continuar dando prioridade à implementação das orientações da DGS, com particular atenção e prioridade para as INF e para o desenvolvimento de mais investigação que as suporte.

Na literatura foram frequentemente referenciadas como barreiras ao controlo adequado da dor em pediatria, a falta de conhecimentos dos profissionais, a falta de comunicação com os pais, e existência de inconsistências entre a teoria e a prática e a falta de tempo.

Actualmente, no contexto particular da população pediátrica, os pais estão a ficar mais aprimorados no seu conhecimento e mais exigentes na medida em que a dor da criança deve ser considerada. O direito à protecção da lesão infligida desnecessariamente pelos outros é um padrão social amplamente divulgado, particularmente importante para aqueles que não são capazes de se proteger a si próprios. Enquanto sociedade acreditamos que as crianças protegidas do dano incluem também a dor, perante tal, os profissionais de saúde partilham esta perspectiva social e têm obrigações legais e éticas de proteger a criança. Como tal os pais tendem a delegar para os profissionais de saúde esta responsabilidade, confiantes de que estes farão tudo o que puderem para prevenir na sua criança a dor e o sofrimento. No entanto, a confiança que os pais depositam nestes profissionais pode ser defraudada se os enfermeiros e médicos não utilizarem a evidência científica disponível para avaliar a dor na criança, e devidamente providenciarem meios seguros e efectivos para o alívio da dor. A única justificação aceitável que permite a violação desta confiança, alia-se ao facto do procedimento ser necessário para a saúde da criança e a gestão e prevenção da dor correspondente ser impossível e que acarrete grandes riscos para a criança (McGRATH, 2007).

Para os mesmos autores, e de acordo com o referido, os enfermeiros e médicos e outros profissionais de saúde estão numa posição única para efectuar pressão para que as mudanças na prática da gestão da dor na criança ocorram, dentro das suas instituições.

A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício impõe mudanças efectivas que se traduzem pela formação continua como um rumo para manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos.

O desenvolvimento profissional é hoje considerado um elemento de melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, pelo que a formação continua, educação permanente ou aprendizagem ao longo da vida, associadas ao conceito de aprender a aprender constituem referências educacionais para a transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos profissionais tanto a nível individual como colectivo.

Em suma, após a discussão acerca dos resultados obtidos consideramos que atingimos os objectivos específicos propostos para este trabalho. Segue-se a conclusão desta investigação.

## CONCLUSÃO

Findo este estudo, impõe-se a necessidade de uma reflexão sobre o caminho percorrido, os obstáculos encontrados e analisar como é que à luz do cuidar em enfermagem se contribui para o aperfeiçoamento da prática.

Ao elaborar conclusões existe a convicção de que não se refere a um término mas a um ponto de partida para a reflexão e investigação mais aprofundada na área da gestão da dor em pediatria.

A excelência do exercício surge como um nível de qualidade gradualmente atingido, que é conseguido pela reflexão sobre o que é a enfermagem e como se interrelaciona com as outras disciplinas. Numa construção do conhecimento traduzido em áreas específicas de actuação, o desenvolvimento de competências na abordagem à dor da criança, torna-se uma prioridade.

A antiga sociedade considerava a criança como um brinquedo, usando a sua inocência e delicadeza tanto física como psicológica como meio de entretenimento e limitando a infância a uma etapa de fragilidade. Com o passar do tempo, esta (criança) alcançou um espaço de evidência na sociedade, pelo emergente interesse manifestado por estudiosos e disciplinas dando assim origem à pediatria.

Sendo a qualidade um desafio no contexto actual de saúde, a gestão adequada da dor por parte dos enfermeiros visando a melhoria do exercício profissional e dos cuidados a prestar à criança pela constante reflexão sobre a prática e sobre o acto de cuidar.

A dor é um fenómeno subjectivo, complexo e multidimensional, que assume contornos muito específicos no caso particular da criança. Apesar de muitos mitos, crenças e conceitos errados acerca da dor na criança, a evidência tem demonstrado que ao longo dos anos, a criança sente dor, expressando-a através de uma linguagem própria. Ao reflectir sobre o quotidiano dos serviços de pediatria, verifica-se que as crianças são submetidas a uma diversidade de técnicas e procedimentos invasivos e potencialmente stressantes e dolorosos. Estudos efectuados na área da dor pediátrica revelam que a dor não aliviada e não tratada tem um grande número de consequências a nível físico e psicológico, pelo que a avaliação da dor com a posterior implementação, de acordo com intensidade da dor, de intervenções farmacológicas e não farmacológicas destacam-se como elementos fulcrais para a boa gestão da dor.

O enfermeiro desempenha assim um papel fundamental na prevenção, avaliação e tratamento da dor na criança, pela implementação de cuidados de qualidade através do recurso às INF como medidas para alívio da dor.

Após a concretização desta investigação consideramos que atingimos o objectivo geral e que respondemos às questões levantadas. O intuito era realizar um estudo para verificar quais os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros e a sua percepção do uso das INF na gestão da dor na criança. A gestão da dor resulta de uma complicada matriz tendo em conta o seu contexto, a nível institucional e organizacional, no qual tem de existir uma intercepção de regras, ideologias, identidades culturais, estratégias e recursos que os intervenientes mobilizam consoante as suas experiencias pessoais, sociais e profissionais.

A formação contínua é uma base estruturante para a qualificação em qualquer profissão, mas em profissões na área da saúde tal como a enfermagem, a actualização dos conhecimentos deverá constituir uma prioridade no constante processo de ensino/ aprendizagem. A formação constitui-se como uma mais-valia com a possibilidade do desenvolvimento de técnicas e procedimentos inovadores na prestação de cuidados de qualidade.

Verificamos que as mudanças de atitudes nem sempre são pacíficas e consensuais, o que implica um esforço acrescido baseado e novos paradigmas. Frequentemente reivindicamos tecnologia avançada para o exercício das nossas funções, quando, na maioria das vezes, a solução pode estar ao alcance das nossas mãos. Torna-se por isso fundamental “reinventar” os cuidados de enfermagem, não só para a sua melhoria contínua, mas também para que a nossa profissão não se vá esvaziar aos poucos no seu conteúdo funcional.

As intervenções não farmacológicas que promovam o bem-estar e o alívio da dor devem constituir uma prioridade no âmbito dos cuidados de enfermagem. Cabe por isso a todos os enfermeiros desenvolver esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e a valorização da profissão de enfermagem.

A avaliação dos resultados desta investigação é extremamente importante pelo que traduz e porque a partir dela se podem inferir melhorias e mudanças.

Assim podemos concluir que os enfermeiros inquiridos possuem conhecimentos e atitudes favoráveis em relação às INF, embora os valores obtidos não sejam muito elevados, sendo que estes estão relacionados com o tempo de exercício profissional, com a formação profissional e com a formação específica sobre a dor. Os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional e com formação específica sobre a dor têm atitudes mais favoráveis em relação ao uso das INF mas no entanto verifica-se que o seu uso é baixo. Relativamente às barreiras existentes ao uso das INF, os próprios enfermeiros reconhecem a falta de conhecimentos como o principal obstáculo, seguindo-se respectivamente a falta de recursos materiais e a falta de tempo.

Ao chegar ao fim deste percurso e olhando para o caminho percorrido constatamos que como em qualquer investigação existem limitações e aspectos a melhorar, de salientar que não houve discriminação do centro hospitalar a que pertenciam os elementos da amostra e assim torna-se mais difícil saber onde há a maior necessidade de intervenção em termos de formação.

Como aspectos positivos há a ressaltar a aplicação de um questionário *on-line* que surgiu como um aspecto inovador em oposição aos modelos convencionais dos questionários apresentados em folhas impressas, o que talvez também tenha contribuído para uma taxa de adesão bastante significativa por parte dos inquiridos. Como pontos menos positivos apontamos a não extensão deste estudo a uma população mais vasta, talvez com a inclusão de alguns hospitais pediátricos de forma a melhor caracterizarmos a realidade do nosso país, uma vez que os estudos existentes a nível nacional neste contexto particular das INF na gestão da dor na criança são escassos.

Consideramos também que seria pertinente a existência de mais estudos relacionados com a temática das INF, nomeadamente saber quais são as lacunas existentes na prática, saber como se passa do conhecimento para a prática dos cuidados, procurar analisar porque é que os enfermeiros que possuem conhecimentos não usam as INF no controlo da dor na criança.

De uma forma retrospectiva como contributos deste estudo para a prática salientamos a necessidade premente e reconhecida pelos próprios enfermeiros de realizar formação específica sobre as INF, de assegurar a implementação de normas de actuação que promovam o uso das INF nos serviços e da importância da dinâmica dos serviços, na qual os cuidados devem ser devidamente planeados e organizados para que a falta de tempo e a falta de recursos materiais não surjam como motivo para o

não uso das INF na gestão da dor na criança. Assim como também consideramos ser relevante a inclusão destes conteúdos programáticos nos currícula dos cursos de enfermagem, a serem administrados a futuros profissionais de saúde

Ao chegar ao fim deste trabalho e tendo atingido os objectivos propostos, cabe destacar que foi apresentada uma visão sobre o tema de investigação escolhido e que outras pesquisas poderão ampliar o conhecimento nesta área, uma vez que este estudo não teve a pretensão de esgotar o tema pesquisado, antes pelo contrário esperamos que os dados encontrados possam contribuir para uma reflexão sobre o tema das intervenções não farmacológicas na gestão da dor na criança.

## BIBLIOGRAFIA

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (1992) – *Acute pain management in infants, children and adolescents: operative and medical procedures*. Rockville, MD: Department of health and human sciences.
- ALVARES, *et al.* (2000). *Modelling the prolonged effects of neonatal pain*. *Prog Brain Res* 129: 365-373
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). (2001) *Noise: A hazard for the fetus and newborn*. *Pediatrics*. 100, 724-726
- AMERICAN PAIN SOCIETY (2005). *Jffery Lawson award for advocacy in children's pain relief*. Online. Available: <http://www.ampainsoc.org/awards/lawson .htm>
- ANAND, KJS; & Craig, K (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67(1), 3-6
- ANAND, KJ, [et al] (1999). *Long-term behavioral effects of repetitive pain in neonatal rat pups*. *Physiol Behav., PubMed*; 66:627–637
- ANAND, K. J., BARTON, B. A., MEINTOSH, N., LAGERCRANTZ, H., PELAUSA, E., YOUNG, T. E. (1999, April). *Analgesia and Sedation in Preterm Neonates Who Require Ventilatory Support*. *Arch Pediatric Adolescent Medicine* , 153(4), pp. 331-338.
- ARANDA, J.V. (2005). *Analgesia and sedation during mechanical ventilation in neonates*. *Clin Ther* 27: 877-899
- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR - Global Year Against Pain. [em linha]. (2006). [Consult. 12 Nov. 2013]. Disponível em: [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Global\\_Year\\_Against\\_Pain\\_&Template=/CM/HT](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Global_Year_Against_Pain_&Template=/CM/HT)
- BARROS, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. Vol. 18, nº2, pp. 295-306.
- BATALHA, L. (2003). Os enfermeiros e a dor na criança. *Associação Portuguesa para o estudo da dor.*, 37.
- BATALHA, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- BEYER, J. (2000). Judging the effectiveness of analgesia for children and adolescents during vaso-occlusive events of sickle cell disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63-72.
- BIDARRO, Andrea Pereira (2010) *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de mestrado em Ciências da Dor apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.

- BISCAIA, Jorge (1995). *Sufrimento e dor*. Cadernos de Bioética 9, Coimbra: Edições CEB. p.7-13.
- BLASS, E.; *et al.* (1991). *Sucrose As an analgesic for newborn infants*. *Pediatrics*, 87:215-218
- CAMPOS, Shirley – *A dor na criança*. Rev. Med Minas Gerais. Vol. 14, nº 1 (supl. 3, 2004), p. S92-S692.
- CHRISTOFFEL, M., & SANTOS, R. (2001). *Pain in the newborn and the infant*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 27-33.
- CLINICAL UPDATES (IASP) (2004). *Pain relief as a human right*. USA: *Pain*, vol. XII, nº5. p.1-4
- COIMBRA, E. S. (2007). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra: ESENFEC.
- CONIAM, S.W., DIAMOND, A.W. (1997). *Controlo da dor - 1ª edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- CORREIA, L., & LINHARES, M. (2008). Assessment of the behavior of children painful situations: literature review. *J. Pediatrics*, 477-486.
- DOR, C. N. (2010). Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal. *OBSERVDOR*, 2.
- EBNER, C. (1996). Cold therapy and its effect on procedural pain in children. *Issues Pediatric Nurses*, 197-208.
- ELAND, Joan M. (1992) – *Pharmacological Management of Children's Pain*. In: watt-Watson, JH; Donovan, MI (eds.) *Pain Management: Nursing perspective*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 328-347 in de mid-1990s: 22 to 25 weeks. *Journal of pediatrics*, 137(5), 616-622.
- ELLIS, J. e. (2007). Implementing best practice pain management in pediatric hospital. *Spec Pediatr Nurs*, 264-277.
- ENFERMEIROS, O. D. (2001). *Padrões de qualidade em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ENFERMEIROS, O. D. (2005). *CIPE - Classificação internacional para a pratica de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ENFERMEIROS, O. D. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estrategias não farmacologicas no controlo da dor na criança. Serie I - numero 6*. Lisboa: ISBN:978-989-8444-23-3.
- ESTABROOKS, CA; *et al* (2004). *The determinants of research utilization in acute care: Pain management in adult and pediatric settings*. Faculty of Nursing University of Alberta, EDMONTON, AB.
- FERNANDES, Ananda (2000) – *Crianças com dor: o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora, 284p. ISBN: 972-8535-49-X

- FERNANDES, A. (2004). A avaliação clínica da dor na criança. *Psychologica*, 37, pp. 65-77.
- FLEMING, M. (2003). *Dor sem nome, pensar o sofrimento. 2ª Edição*. Porto: Afrontamento Edições.
- FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- FRAGATA, Célia Sofia da Silva (2010). *Avaliação pediátrica da ansiedade face à dor na punção venosa em crianças com e sem problemas do desenvolvimento*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- FRANCK, L., GREENBERG, C., & STEVENS, B. (2000). Pain assessment in infants and children. *The Pediatric Clinics of North America*, 487-512.
- GRAY, L; *et al.* (2000). *Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns*. *Pediatrics* , 105: 14
- GRUNAU, R.E.; *et al.* (2002). Early pain in preterm infants: A model of long term effects. *Clin Perinatol* 29:373-394
- GRUNAU, R.E.; *et al* (2007). *Long-Term consequences of pain in human neonates*. IN: Pain in neonates an infants. Anand KJS *et al* (2007). Pain research and clinical management. Elsevier. 45-55
- GUINSBURG, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria* , 75 (3), pp. 149-160.
- GUIMARÃES, A., & VIEIRA, M. (Janeiro/Março de 2008). Conhecimentos e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor em recém-nascidos. *Revista Arquivos Ciências Saude*, pp. 9-12.
- HE, H. (2006). *Non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief in China*. Kuopio.
- HERNANDEZ-REIF, M. e. (2001). Children's distress during burn treatment is reduced by massage therapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 191-95.
- HOCKENBERRY, M.J. WONG (2006). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro. ELSEVIER
- HOWARD, CR (1998). Neonatal circumcision and pain relief: current training practices. *Pediatrics*. 101: 423-428
- ICN. (2006). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979) – Pain terms: a list with definitions and notes on usage- USA: *Pain*. 6:249-252.
- JACOB, E.; PUNTILLO, K. A. (1999). A survey of nursing practice in the assessment and management of pain in children. *Pediatric Nursing*. 25(3):278-286.
- JOHNSTON, C. C.; *et al.* (2002). Routine sucrose analgesia during the first week of life in neonates younger than 31 weeks postconceptual age. *Pediatrics*, 110, 523–528.
- KARLING, M., RENSTROM, M., & LJUNGMAN, G. (2002). Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Paediatrica*, 660-6.
- LAMBERT, S. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *Dev Behav Paediatr*, 307-10.
- LE BRETON, David (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié
- LEMOS, A. I. (2007). *Dor crônica: diagnóstico, investigação, tratamento*. São Paulo: Atheneu.
- MACCAGNO, L. (2009). Pain control in children: Are nurses doing enough?. *Nursing*. New Zealand, pp.16-18.
- MALHEIRO, A. (2009). *Tese de Mestrado - Os Enfermeiros perante a dor neonatal: Saberes e Práticas*. Porto: Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- MANWORREN, RCB - Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*. [Em linha]. 26:6 (2000). [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log\\$=activity.MLDisplay.cfm&ContentID=2760](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log$=activity.MLDisplay.cfm&ContentID=2760).
- McCAFFERY, M., & BEEBE, A. (1989). *Pain: clinical manual of nursing practice*. Baltimore: Mosby.
- MCGRATH, P., & GILLESPIE, J. (2001). *Pain assessment in children and adolescent*. In D.C.Turk & R.Melzack (Ed) *Handbook of pain assessment*. New York: Guildford.
- MCGRATH, P. et al. (2014). *Oxford Textbook of Paediatric Pain*. New York: Oxford University Press.
- MELZACK, R., & WALL, P. (1965). Obtido em 12 de Agosto de 2013, de Pain Mechanism: A new theory: <http://links.jstor.org/sici?sici=0036-8075%2819651119%293%3A150%3A3699%3c971%3APMANT%3E2.O.CO%3B2-5>
- MELZACK, Ronald; WALL, Patrick (1987). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1987.

- METZGER, Christiane; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane – Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência, 2002. 281 p. ISBN 972-8383-32-0.
- MIRANDA, S. (2009). Construção de uma escala para avaliar atitudes. 33, 104-110.
- NORONHA, N. (2007). *A avaliação da frequência do uso de solução açucarada a 25% como analgesia na punção venosa e capilar pelos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Regional da Asa Sul*. Obtido em 11 de Agosto de 2013, de <http://www.paulomargotto.com.br>
- NURSES, I. c. (1999). *International classification for Nursing practice - Beta*. Geneva: ICN.
- OKADA, M., TEIXEIRA, M., & MIYAJI, K. (2001). Tratamento da dor em pediatria. *Revista Medica*, v.80, 157-159.
- PAIN, I. -I. (s.d.). Obtido em 27 de Fevereiro de 2014, de <http://www.iasp-pain.org>
- PAULO, J. (2006). *Tese de dissertação de mestrado - As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. 2006: Universidade Aberta.
- PEDIATRICS, A. A., & SOCIETY, A. P. (2001). *The assesement and manegement of acute pain in infants, children, and adolescents*. pp. 793-797.
- PERQUIN, C. et al. (2000). Pain in Children and Adolescents: a Common Experience. *Pain*, 51-58.
- PIMENTEL, M. (Nº154 de 2001). Mitos e ideias incorretas acerca da dor na criança. *Nursing*, pp. 27-31.
- PRICE, DD (2000). Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*. 288: 1769-1772
- PÖLKKI T [et al] - Factors influencing nurses' use nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 93 [em linha]. 17:4 (2003). [Consult. 10 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640>.
- PÖLKKI T; VEHVILÄINEN-JULKUNEN K; PIETILÄ AM. - *Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland*. *Journal of Advanced Nursing*. [em linha]. 43:4 (2001). [Consult. 10 Dez. 2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380715>. *J Adv Nurs*.
- PORTNOI, A. G. (2006). Os Comportamentos de Dor. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico* (pp. 201-206). São Paulo: Editora Atheneu.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *A dor como 5º sinal vital*. Circular Normativa Nº9/DGCG de 14 de Junho de 2003. Direcção Geral de Saúde.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Grafina Edições. 2001. ISBN 972-9425-95-7.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Controlo da Dor. [Em linha]. (2008). [Consult. 10 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>.
- QUIVY, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIEMAN, M., & GORDON, M. (2007). Pain Management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' Knowledge and attitudes. *Pediatric Nursing*, 307-312.
- ROND, M. e. (2000). A Pain monitoring program for nurses: effects on nurses pain knowledge and attitude. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol.19.
- SALANTERA, et al. (1999). Nurses Knowledge about pharmacological and non-pharmacological pain management in children. *J.Pain Symptom Manage*. pp. 289-99
- SANDER, W. e. (2002). Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 8-15.
- SAÚDE, D.G. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*- Divisão das doenças genéticas, crónicas e geriátricas: Circular normativa nº9/DGCG
- SAÚDE, D. G. (2008). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- SAÚDE, D. G. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos em crianças. *022/2012*, (pp. 3-4).
- SCOTT- FINDLAY, S., & ESTABROOKS, C. (2006). Knowledge translation and pain management. In M. a. Finley, *Bringing pain relief to children* (pp. 199-226). Totowa, NJ: Humana Press.
- SILVA, R. (2007). *Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebe pre-termo - Uma abordagem prática* . Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.
- SINHA, M., CRISTOPHER, N., FENN, R., & REEVES, L. (2006). Evaluation of the treatment of pediatric pain. *Pediatrics*, 1162-68.
- STEVENS, B.; Taddio, A; Ohlsson, A.; Einarson, T (1997). The efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 86(8), 837-842.
- STEVENS, BJ; et al. (1999). The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates. *Nurs Res*, 48: 35-43

- SILVA, R. (2007). *Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebe pre-termo - Uma abordagem prática* . Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.
- TADDIO, A., & KATZ, J. (2005). The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Pediatrics Drugs*, 245-257.
- TEIXEIRA, M. (2006). *Dor: manual para o clinico*. São Paulo: Atheneu.
- TWYGCROSS, R. (2003). *Cuidados paliativos, 2ª edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- VICENT, C. (2005). Nurse's knowledge, attitudes and practices: regarding children's pain. *Matern Child Nurs*, 177-183.
- VICKERS, A. et al. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm/or low birth weight infants. *Cochrane Review*, 283-313.
- YOUNG, K. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine*, 160-171.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Versão impressa do questionário

## **ANEXO II**

Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra