

“Uma vez perguntaram a um alpinista por que desejava escalar o alto pico nevado. Respondeu: “Porque ele está ali”. Queria com isso dizer a naturalidade do encontro do homem com o seu sonho, com a sua tarefa, consigo mesmo.”

(Paulo Geraldo)

AGRADECIMENTOS

Queria aqui deixar expresso o meu agradecimento a todos os que directa ou indirectamente tornaram possível a realização deste trabalho, assim gostava de agradecer a:

_ Escola Superior de Saúde

_ A todos os professores do Curso de Mestrado

_ Á Sr.^a Professora Ernestina

_ Á Sr.^a Professora Amarílis, disponibilidade, orientação científica do trabalho e especialmente pelo apoio e orientação.

_ Ao Sr^o Professor João pelas horas gastas a fazer entender-me algo que para mim é quase impossível

_ Á equipa multidisciplinar da urgência pediátrica do CHTV

_ A todos os enfermeiros e médicos, da urgência pediátrica do CHTV por terem respondido ao questionário.

_ Á Isabel e á Catarina pelas correcções

_ Á Carla pelo tempo perdido

_ Á Sónia por não me ter deixado desistir

A todos o meu muito obrigado.

Aos meus Pais pelos fins-de-semana em falha

Ao Rafa pelas ausências sofridas e pela paciência diminuída

Ao Tomás pelos carinhos esquecidos e pelos beijos perdidos

Ao Helder pela paciência vivida, pelo amor sentido e pelo apoio oferecido

RESUMO

Opinião dos profissionais de saúde na utilização do livopan® durante os procedimentos dolorosos na criança

A dor foi desde os primórdios da civilização, preocupação, nomeadamente nos cuidados em saúde aos doentes em idade Pediátrica. Os meios que o profissional tem ao seu alcance são aliados de peso, no combate do sofrimento. Pequenos procedimentos dolorosos em crianças, normalmente não requerem anestesia geral. No entanto existe uma necessidade efectiva do controle da dor e ansiedade. Traçámos como objectivos, conhecer a opinião dos profissionais enfermeiros e médicos do serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, acerca da utilização do Livopan® nos procedimentos dolorosos á criança. É um estudo quantitativo, exploratório. Sendo a dor em pediatria uma preocupação diária dos profissionais que com ela lidam, os resultados dizem-nos que se torna difícil de mensurar pelas características peculiares da criança e pela sua subjectividade e mostram que os profissionais de saúde utilizam o Livopan® nos procedimentos dolorosos. Os comportamentos da criança são maioritariamente, do foro psicológico, justificando-se pelo medo do desconhecido e não propriamente pela dor física. A opinião dos profissionais de saúde em relação à aplicação do Livopan® nos procedimentos dolorosos é ambivalente, sensivelmente metade dos profissionais questionados refere opinião negativa e a outra metade tem uma opinião positiva. Como conclusão podemos dizer que o uso do Livopan® deve continuar a fazer parte dos tratamentos em procedimentos dolorosos na criança, visto ser um tratamento não invasivo, possuir uma acção rápida e ter um tempo de recuperação breve. Os Profissionais reconhecem o mérito do produto mas o desconhecimento do mesmo leva-os a ignorarem esta mais-valia no tratamento e alívio da dor Pediátrica.

Palavras-chave: Dor; opinião dos enfermeiros; opinião dos médicos; Livopan®

ABSTRACT

The opinion of the professionals of health in the use of the Livopan ® during the painful procedures in children.

The pain has been, since the early of civilization a concern, particularly in health care to patients in Paediatric age. The means that the health professional has at its disposal are allies of weight in the battle against the suffering. Small painful procedures in children don't usually require general anesthesia. However there is an effective need to be able to control pain and anxiety. We established as main objectives, to know the opinions of professional nurses and Paediatric Emergency physicians of the Hospital Center Tondela Viseu, about the use of Livopan ® in painful procedures to the children. It's a quantitative and exploratory study. Being paediatric pain a daily concern of professionals who deal with it, the results tell us that it is difficult to measure by the peculiar children characteristics and by its subjectivity and show that health professionals use the Livopan ® in painful procedures. Children behaviors are mostly psychologically justified by the fear of the unknown and not only by physical pain. The opinions of health professionals in relation to the application of Livopan ® in painful procedures is ambivalent, half of professionals questioned has a negative opinion while the other half have a positive opinion. As conclusion, the use of Livopan ® should continue to be part of the treatments in painful procedures in children, because it's a non invasive treatment, with a quick action to recover in short period of time. Professionals recognize the merit of the product but the lack of knowledge leads them to ignore this added value on the Paediatric treatment of relief and pain.

Keywords: Pain; nurses' opinions; doctors' opinions; livopan ®

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE SIGLAS

1- INTRODUÇÃO.....	37
I- P ARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	41
CAPÍTULO 1 – DOR	41
1.1- DEFINIÇÃO DE DOR	41
1.2- AVALIAÇÃO DA DOR.....	43
1.3- OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A DOR NA CRIANÇA/JOVEM	46
1.4- PROCEDIMENTOS DOLOROSOS.....	49
CAPÍTULO 2 – TÉCNICAS PARA O ALÍVIO DA DOR	51
2.1 - ESTRATÉGIAS NO ALIVIO DA DOR	51
2.2- UTILIZAÇÃO DO LIVOPAN® NOS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS	55
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	57
CAPÍTULO 3- METODOLOGIA.....	57
3.1- MÉTODOS E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	57
3.2- VARIÁVEIS.....	59
3.3- PARTICIPANTES.....	61
3.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	62
3.5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	62
3.6- PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	65
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
CAPÍTULO 6- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	87
ANEXO I –PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	95
ANEXO II- DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA.....	97

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama Corporal

Figura 2 - Escala de Faces

Figura 3 - Escala de Cores

Figura 4 - Desenho de investigação

ÍNDICE DE TABELAS	pag
Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com a idade e o sexo	65
Tabela 2- Estatística relativa ao Sexo e a idade	66
Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o Sexo e a categoria profissional	66
Tabela 4 - habilitações académicas dos profissionais	66
Tabela 5- Distribuição da amostra de acordo com o Grupo profissional e o tempo de serviço	67
Tabela 6- Estatística relativa ao tempo de serviço e categoria profissional	67
Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com tempo de serviço na Pediatria e o grupo profissional	67
Tabela 8- Estatística relativa ao tempo de serviço na Pediatria e o grupo profissional	68
Tabela 9: Distribuição da amostra de acordo com o Grupo profissional e a utilização de livopan®	68
Tabela 10 - distribuição da amostra de acordo com a utilização do produto e a reacção da criança	69
Tabela 11: reacção da criança durante a aplicação do livopan®	69
Tabela 12 : Distribuição da amostra de acordo com comportamento da criança e a associação do livopan®	69
Tabela 13: Distribuição da amostra de acordo com a reacção da criança e a associação do produto	70

Tabela 14: Tempo de recuperação da criança com utilização do livopan® simples ou composto **71**

Tabela15- opinião dos profissionais relativamente ao livopan® profissional

Tabela16- opinião dos profissionais relativamente ao livopan® e á idade dos profissionais **71**

Tabela 17: Tempo de recuperação da criança com utilização do livopan® simples ou composto **72**

Tabela 18- opinião dos profissionais relativamente ao livopan ® e á categoria profissional **73**

Tabela 19 - Categoria profissional e opinião acerca do Livopan ® **73**

Tabela 20 - opinião dos profissionais relativamente ao livopan® de acordo com idade **73**

INDICE DE SIGLAS

CHTV- Centro Hospitalar Tondela Viseu

DGS - Direcção Geral da Saúde

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da enfermagem tem-se verificado uma procura cada vez maior do saber e do conhecimento. Para tal, muito tem contribuído a evolução da investigação em enfermagem, cujo esforço e dedicação têm dado grandes contributos para que seja reconhecida e respeitada, não só pela sua qualidade como também pela pertinência dos seus temas.

(MARQUES 2004) refere que a importância de nos sentirmos bem naquilo que fazemos, não se reflecte apenas no nosso bem-estar, mas muito veementemente nos que são objecto dos nossos cuidados. A performance como especialista traduz -se na prestação de cuidados a nível avançado, com segurança, competência e satisfação das necessidades da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (KELLY *et al*, 2007). É neste sentido e no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria, na unidade curricular de Relatório final que surge a oportunidade de elaborar um trabalho que tenha por base a resposta ao “mundo” da criança derrubando as barreiras e contribuindo para uma melhoria dos cuidados e uma segurança no cuidar.

A dor na criança é uma das nossas preocupações desde que iniciámos o nosso percurso como enfermeiras. Já no âmbito do curso da especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvemos o tema: “a dor no recém-nascido”. Na altura os mecanismos de compensação da dor eram escassos, com o tempo foram evoluindo e as técnicas e produtos utilizados desde aí foram-se aperfeiçoando. Assim, quando surgiu pela primeira vez no serviço a oportunidade de aplicar o Livopan®, sentimos que poderíamos realizar algo de produtivo no sentido de minimizar a dor na criança e contribuir, de alguma forma, para expandir os nossos conhecimentos nesta área que nos é tão querida.

O estudo justifica-se pela necessidade de contribuir para a sistematização da assistência voltada para o tratamento da dor em pediatria, mais especificamente acerca da prevenção, visto que os procedimentos dolorosos são comuns no serviço de urgência. Logo, usufruir de estratégias para o alívio da dor é um direito de todos os utentes pediátricos e um cuidado imprescindível nas acções da equipe de saúde, em particular de Enfermagem.

Deste modo, pretendemos objectivar a ênfase no cuidado à criança e adolescente com dor procurando a dignificação da prática de enfermagem pediátrica mediatizada por

uma tecnologia terapêutica. Além do que, pretendemos oferecer contributos para a implementação de uma rotina assistencial que contribua para a minimização dos danos intercorrentes da dor e para a promoção de conforto à criança e adolescente no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Sendo a curiosidade uma das nossas características mais vincadas, e sentindo necessidade de formação para melhor compreender as técnicas de aplicação e perceber as implicações que o produto teria no bem-estar da criança, decidimos assistir a uma formação sobre o produto. Concluímos que o Livopan® seria uma mais-valia para atenuar a dor na criança. Realizamos uma formação sobre o produto no serviço, para os profissionais de saúde médicos e enfermeiros e, aos poucos e em conjunto com os restantes profissionais equipa de enfermagem e equipa médica, fomos introduzindo o produto na nossa prática do dia-a-dia nos procedimentos dolorosos efectuados às crianças.

Foi nesse sentido, e após um período experimental, que surgiu a necessidade de auscultar a opinião dos profissionais de saúde que tiveram de alguma forma contacto com o produto. Pensámos que o nosso contributo, elaborando este trabalho, poderia ser benéfico para a continuação da aplicação do Livopan®, quer na diminuição do sofrimento por parte da criança quer na agilização dos nossos cuidados, sendo uma mais-valia quer para os profissionais quer para a criança. Foi então neste contexto que entendemos a realização deste trabalho, cujo objectivo consiste em conhecer qual a opinião dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros na utilização do Livopan®, nos procedimentos dolorosos na criança.

A pesquisa foi levada a cabo através do método exploratório descritivo, tendo presente a organização e consecução do objectivo traçado. Estruturámos este trabalho em seis capítulos. No primeiro, o enquadramento teórico, debruçamo-nos na definição de conceitos que entendemos serem úteis à identificação e compreensão do fenómeno dor e na resposta dos profissionais de saúde aos procedimentos dolorosos.

No segundo capítulo, são abordadas questões que se prendem com a utilização do Livopan® nos procedimentos dolorosos, salientando alguns estudos nessa temática e as conclusões daí decorrentes.

No terceiro capítulo são focados aspectos ligados essencialmente ao desenvolvimento da investigação, à estrutura do estudo em termos metodológicos; descrevemos o método de colheita de dados e os procedimentos éticos e legais tidos em consideração.

No quarto capítulo fazemos a apresentação e análise dos dados.

Os resultados que entendemos terem sobressaído da realização deste trabalho, surgem naquele que convencionámos chamar quinto capítulo. Aqui descrevemos o significado do estudo e equacionamos a discussão dos resultados.

Por último, impõem-se reflectir acerca da acção desenvolvida e que implicações esta poderá trazer para a enfermagem. As conclusões põem um ponto final em toda a acção empreendida.

Sendo a natureza humana avessa a grandes mudanças, sentimos que não é fácil aceitação de algo inovador, como sendo uma nova terapêutica, essa terá sido uma das nossas limitações em termos de estudo, a pouca adesão ao tratamento por parte dos profissionais médicos e enfermeiros. Outra limitação que nos surgiu no decorrer do trabalho foi o facto de não termos resposta em tempo oportuno, de outras instituições hospitalares para aplicação do questionário, sem dúvida o nosso trabalho seria bem mais completo e rico de sentido.

Talvez esta seja ao mesmo tempo uma limitação, mas também um desafio, para posteriores estudos relacionados com a aplicação do Livopan®, quiçá em futuros estudos não possamos realizar um estudo comparativo, entre vários hospitais onde se faz a aplicação do produto.

Uma outra sugestão para novos estudos prende-se com um estudo também comparativo, entre a aplicação do Livopan® e um outro analgésico.

Cientes de que este nosso trabalho é apenas um pequeno alicerce naquilo que pode ser uma grande vitória na luta contra a dor nas crianças, ousamos dizer como um autor desconhecido *“Se os teus sonhos estiverem nas nuvens, não te preocupes, pois estão no lugar certo; agora começa a construir os alicerces.”*

I PARTE- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1- DOR

“...É certo que a infelicidade não depende apenas da dor, mas a alegria, essa, só devia depender da ausência de dor física. Vinte séculos inteiros e completos não inventaram uma explicação do sofrimento; sofre-se em comparação com o que é não sofrer, e nenhum homem saudável quer ser educado previamente para aquilo que é mau. Já não se treina a resistência à dor: evita - se, sim, a mistura com essa 'coisa' repelente...”
Gonçalo M. Tavares, in "A Máquina de Joseph Walser"

Falar de dor é falar de algo subjectivo e próprio de cada indivíduo, e mais subjectivo se torna quando se fala de dor na criança. Compreender a dor pediátrica, implica inicialmente fazer uma abordagem aos traços estruturais mais salientes do que é a dor.

A dor é uma experiência humana universal, pela qual todos já passámos. Ao realizar o presente trabalho insistimos na noção de dor como uma experiência única e subjectiva para cada criança.

Pretendemos, à partida, salientar que a abordagem à criança com dor deve respeitar a componente psicológica de cada situação. A dor torna-se um fenómeno multidimensional, plurifactorial porque não é uma mera reacção a um estímulo periférico. É um fenómeno complexo pois é uma experiência de vida desagradável onde se misturam quatro componentes indissociáveis: a sensorial, a emocional, a cognitiva e a comportamental.

Assim para contextualizar o tema de todo este trabalho vamos neste capítulo em primeiro lugar dar uma definição de dor, referir quais as estratégias utilizadas no alívio da dor na criança/jovem, quer farmacológicas quer não farmacológicas, expor qual a acção e a relação dos profissionais de saúde com a dor na criança /jovem, e quais os procedimentos de enfermagem onde a dor está presente focando os principais procedimentos dolorosos na prática da enfermagem Pediátrica.

1.1- DEFINIÇÃO DE DOR

A dor sempre foi, ao longo da história da humanidade, uma das grandes preocupações para o bem-estar do homem. A prova disso é o sem número de registos pré-históricos e documentos que traduzem essa mesma preocupação com a dor. No entanto, esta nem sempre foi vista da mesma maneira ao longo da história.

No início da humanidade, a dor era vista como magia, ou seja, segundo (SCHWOB 1994), «...a dor traduz a presença de um espírito mau no interior do indivíduo...». Para tratar esta dor, os xamãs e feiticeiros realizavam feridas nos doentes para deixarem sair o espírito mau, para além disso utilizavam remédios naturais, para a cura e alívio na dor.

Na era Egípcia, a dor era vista como um castigo de Deus, pelo que para a eliminar os sacerdotes realizavam preces, suplícios e muitas vezes sacrifícios.

Com os filósofos Aristóteles, Platão e Hipócrates, surge uma nova perspectiva sobre a dor. Esta era vista como um desequilíbrio com o meio ambiente. Os dois primeiros historiadores referiam que, a dor não era uma sensação, mas sim uma emoção, devendo por isso ser percebida não com o cérebro mas sim com o coração.

Segundo (SCHWOB 1994), foi com «Claude Galien e os seus contemporâneos da nossa era...» que as emoções passaram a ser percebidas pelo cérebro. Deste modo, Claude Galien associava, pela primeira vez, a dor ao cérebro e ao sistema nervoso.

Avançando na história, e já na idade média, houve poucos avanços acerca dos cuidados e modos de aliviar a dor. Apenas os árabes desenvolveram alguns produtos naturais para tratar a dor, como o ópio e a mandrágora.

Segundo (SCHWOB 1994), «Na Renascença, (...) com os trabalhos de Leonardo da Vinci, aparece a visão anatómica e fisiológica moderna da dor como sensação transmitida pelo sistema nervoso».

Foi, no entanto, no século XIX que, segundo (SCHWOB 1994, p13), «Os progressos da luta contra a dor avançam rapidamente: Descoberta da hipnose, (...) do protóxido de azoto (...), do clorofórmio (...), da aspirina...». Deste modo, a partir do século XIX é notável o desenvolvimento na luta contra a dor. No entanto, esta luta anti-álgica nem sempre foi bem vista pelos médicos. Para eles, a dor fazia parte integrante do ciclo de doença do doente, sendo muitas vezes fundamental para se fazer um diagnóstico correcto e eficaz. Com o desenvolvimento de novas técnicas, métodos e procedimentos, é possível tratar e eliminar a dor sem colocar em causa o diagnóstico.

Já no século XX, nasce uma nova luz quanto à fisiologia da dor, e ao papel que a dor tem ao nível das emoções, pois sendo fenómenos diferentes, segundo (SCHWOB 1994), «Ambas estão de facto intimamente ligadas...».

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor citado por (BOLANDER e SORENSEN 1998), define dor como sendo “uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real potencial, ou descrita em termos de tal lesão”.

Para (DIAMOND e CONIAN 1997), o instinto diz ao ser humano que a dor é o resultado de alguma agressão. Ao ser ferido causa dor e lesão, e assim não consegue omitir a ideia de que a dor representa uma agressão ao corpo. Também crê que a intensidade da

dor depende do grau de lesão. Assim, quando sente dor, apenas tem duas ideias em mente – o elemento sensitivo e o elemento da lesão tecidual.

A definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor citado por BOLANDER e SORENSEN (1998), refere também uma componente emocional. Não é possível sentir dor sem perturbação. Esta pode ser aborrecimento, raiva, ansiedade ou medo. A definição, diz ainda que a dor é descrita em termos da lesão tecidual potencial ou real. Contudo, esta lesão pode nem sempre existir. Além disso, nem sempre a lesão potencial ou real resulta em dor.

A Direcção Geral De Saúde, estabelece a dor como 5º sinal vital e considera que “(...) a abordagem e gestão da dor é uma prioridade consignada na estratégia nacional de saúde, uma vez que não deve continuar a ser encarada como uma fatalidade, quando existem importantes meios que a permitem controlar eficazmente, tornando-se necessário criar instrumentos que favoreçam melhores práticas profissionais e permitam, também, uma melhor e mais racional organização de serviços, de forma a contribuírem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou crónica de causa cirúrgica (...)” (PORTUGAL, 2003, p.2).

Na nossa óptica uma definição que representa a génese da dor na criança é dada por (SALGUEIRO, 2010) “perseguida pelo corpo, abandonada pelos pais, excluída do mundo dos sem dor, emerge, na criança, uma hostilidade confusa, roçando o desespero, e vão nela tomando forma poderosos sentimentos de culpa, sobretudo se a dor se arrasta - a dor é um castigo justo”.

È no sentido de dar voz a este apelo que se fundamenta e se alicerça este trabalho, para que de uma forma simples e eficaz o alívio da dor na criança seja uma realidade da nossa prática profissional.

1.2- AVALIAÇÃO DA DOR

Para que as estratégias e tratamento da dor utilizadas sejam uma mais-valia no tratamento e alívio da dor na criança elas não serão eficazes ou adequadas sem uma avaliação sistemática dessa dor. Dada a idade e a incapacidade verbal que algumas faixas etárias acarretam, torna-se difícil o alívio e mensuração da dor por parte dos profissionais de saúde.

A subjectividade de sentir e demonstrar a dor levou ao aparecimento de instrumentos de trabalho – escalas da dor – que permitem uma avaliação com um carácter menos subjectivo, transmitindo informações sobre as sensações dolorosas (BARROS, 1998). A

mesma autora refere ainda que a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados e minimizar o impacto negativo da hospitalização nas crianças.

Alguns desses instrumentos de avaliação da intensidade da dor são aplicados a crianças, cuja etapa de desenvolvimento dificulta a capacidade de abstracção, simbolização e quantificação. Com o avanço da ciência e da preocupação manifestada nesta área surgiram novas estratégias para a avaliação da dor Pediátrica. Hoje estão disponíveis para avaliação da dor em pediatria, vários métodos que se dividem em quatro grupos: medições fisiológicas, medições comportamentais, auto-relatos e multidimensionais.

As medições fisiológicas representam as reacções do sistema vegetativo e hormonal, nelas estão contempladas a taquicardia, taquipneia, hipertensão, sudorese e libertação de cortisol frente ao estímulo doloroso. Estas reacções porém, apresentam uma baixa especificidade, sendo mais úteis nos pacientes que não são capazes de relatar a dor verbalmente e na avaliação dos episódios agudos de dor (FRANCK et al, 2000).

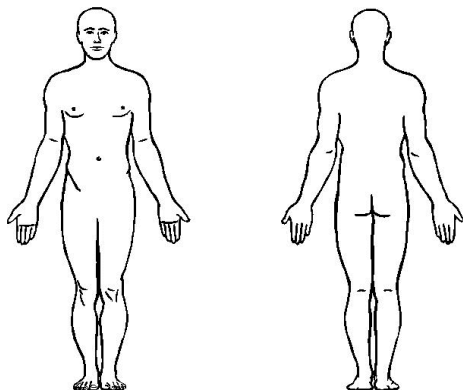
A avaliação do comportamento da criança é sempre um dos mais importantes indicadores de dor, como, tal deve ser sempre considerada pelos profissionais de saúde, uma vez que não são só os bebés que não conseguem descrever a intensidade da dor, mas também as crianças mais pequenas, porque o seu vocabulário para a descrever é muito reduzido, variando também de acordo com as experiências de cada criança (BARROS 1998). Os comportamentos observáveis na dor e desconforto da criança são variados, vão desde a expressão facial ao choro, aos movimentos motores grosseiros e até às mudanças no estado comportamental e nos padrões do sono.

A selecção de um método apropriado de avaliação clínica para a dor deve ser baseada no tipo de dor e na condição física na qual a criança se encontra, além de necessariamente verificar a idade da criança e o seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional (FITZGERALD, 1995). O auto-relato é considerado o “padrão-ouro”, classificado como o mais confiável e simples da existência e intensidade de uma dor aguda. No entanto ele envolve uma globalidade de capacidades cognitivas e de verbalização que muitas das crianças não possuem, daí a sua aplicação apontar na maioria dos casos para as crianças na idade pré -escolar.

Nesta perspectiva e tendo por base o que afirma (GOODENOUGH, 1997) esta faixa etária não permite a descrição da qualidade da dor, nem consegue discriminar a sua intensidade, consegue no entanto fazer referência á dor. A seguir descreveremos alguns desses instrumentos de forma generalizada:

- Modelo de Esquema Corporal – visa descrever a própria dor, a sua natureza e localização. A criança é orientada a indicar num desenho do corpo humano o local da dor sentida.

Figura 1 – Diagrama Corporal



Fonte – HOCKENBERRY 2006

- Escala de Faces – A escala é composta por cinco expressões, as quais variam da expressão sem dor até a dor insuportável, sendo 0 = nenhuma dor, 1 = um pouco de dor, 2 = um pouco mais de dor, 3 = ainda mais dor, 4 = muita dor 5= dor máxima.

Figura 2 - Escala de Faces de Wong - Baker



Fonte – HOCKENBERRY 2006

- Escala de Cores – a criança é orientada a escolher uma das três cores que considera melhor descrever a intensidade da dor. Este modelo permite que a criança utilize mais a sua intuição que a avaliação cognitiva. Uma outra variação desta escala de cores permite que a criança localize a sua dor num esquema corporal e, posteriormente, faça a coloração do local com a cor que mais expresse a sua dor. Verifica-se que as crianças tendem a escolher as cores vermelho, preto e roxo para indicar a pior dor sentida.

Figura 3 - Escala de Cores



Fonte - DGS 2003

Apesar de considerarmos útil o auto relato, não se deve esperar que estas captem a complexidade da experiência de dor. As relações entre sentir dor e relatar dor dependem do contexto e dos métodos usados para a sua avaliação. Na escala de faces a criança pode hesitar ao escolher a criança a sorrir, pois estar feliz e estar sem dor nem sempre são sinónimos.

Uma outra forma de avaliar a dor em Pediatria, e que para nós pela nossa experiência como profissionais parece-nos ser a mais adequada, é-nos apresentada por (BAKER e WONG 1987 cit por HOCKENBERRY 2006), e é denominada QUESTT, que se traduz por:

Questionar a criança

Usar uma escala de avaliação da dor

Estudar as mudanças comportamentais e fisiológicas

Ser sensível ao envolvimento dos pais

Tomar a causa da dor em consideração

Tomar medidas e avaliar os resultados

Desta forma para além da avaliação da dor há o conhecimento da sua causa e as medidas a utilizar para o seu tratamento ou alívio.

1.3 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A DOR NA CRIANÇA/JOVEM

O cuidado em enfermagem pediátrica tem como objectivo a promoção do bem-estar da criança e da sua família. Para que isso aconteça, é necessário que os enfermeiros desenvolvam acções com o intuito de prestar cuidados humanizados no sentido de manter um nível óptimo de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar crianças com modificações do seu estado de saúde, tendo também como alvo de cuidados à família (GUARESCHI e PINTO, 2007).

Um das filosofias dos cuidados de enfermagem pediátrica, em conjunto com os cuidados em parceria e centrados na família, são os cuidados atraumáticos. Apesar de, actualmente, se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumática possível o que é certo é que muitos dos cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, pelo que os enfermeiros deverão dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, o mais atraumáticas possível (WINKELSTEIN, 2006).

Descreve-se cuidado atraumático como o providenciar de “cuidado terapêutico em ambientes, por um conjunto de funcionários e por meio de intervenções que eliminem ou

mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pelas crianças ou seus familiares no sistema de cuidados à saúde” (WINKELSTEIN, 2006).

Relativamente às intervenções em crianças com dor, esta deve ser abordada de uma forma psicológica, preparando – a sempre para os procedimentos ou intervenções de ordem física, explicando-lhe de forma simples a técnica que vai ser executada sem mentira, referir que vai doer, mas que é uma dor passageira e para o seu próprio bem, torná-lo (a)um herói (ina), e compensá-la com elogios ou pequenas compensações, crachás, diplomas de bom comportamento, balões etc.

As bibliografias consultadas referem a hospitalização de uma criança como geradora de angústia psicológica e conseqüente dor, que pode ser percebida pela ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa, enquanto o desconforto físico pode passar por manifestações como sonolência ou imobilização. Alterações de temperatura, ruído, luz intensa ou escuridão podem de certa forma contribuir para o agravamento desse desconforto e dor.

A maioria dos cuidados de enfermagem que têm como objectivo uma prestação atraumática, ligam-se a intervenções que visam reduzir ao máximo os agentes stressores da criança e da família. O cuidado atraumático diz, então, respeito «a quem, qual, quando, onde, o por que e como é realizado qualquer procedimento em uma criança» (WINKELSTEIN, 2006).

Existem princípios a ter em conta na conduta do enfermeiro, que são vitais para a rápida recuperação da criança numa situação de ansiedade, relacionada com medidas traumáticas (WINKELSTEIN, 2006): prevenir ou atenuar a separação da criança e família; estimular o sentido de controlo; prevenir ou atenuar a lesão e dor corporal.

O enfermeiro pode ser visto como o responsável pelos sofrimentos causados à criança através dos procedimentos pelo que, durante e após, deverá confortá-la de forma a reconquistar a sua confiança.

Os cuidados de enfermagem prestados, particularmente quando se trata de auto-ajuda do controlo da dor em pediatria, devem ser realizados segundo uma base sólida de conhecimentos e baseados numa relação transpessoal -pessoa a pessoa e intra-subjectiva ou seja, entre duas realidades subjectivas, uma vez que a experiência da dor resulta da interacção complexa entre múltiplos factores fisiológicos, psicossociais e culturais, afectando a interpretação individual dos estímulos nociceptivos de cada criança. Esta experiência pode ser bastante desagradável, tendo mesmo em consideração as diferentes formas de se aliviar a dor na criança, bem como as múltiplas percepções do processo doloroso e a intensidade da dor (JORGE, 2003).

Sabe-se que os aspectos psicológicos e culturais podem influenciar a percepção da dor por parte da criança, não se podendo relegar para segundo plano o impacto negativo que a própria hospitalização tem nas crianças. Com isto, mais recentemente tem sido dada uma grande ênfase às formas psicológicas e alternativas de analgesia, na tentativa de aliviar a dor, paralelamente à utilização de fármacos e métodos invasivos (SILVA e SILVA, 2006).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a sentem e um passo fundamental na qualidade dos cuidados que prestam.

Se anteriormente se considerava que se devia reprimir o envolvimento emocional, e ser-se solidário não era uma resposta adequada de um profissional de saúde, hoje considera-se que estes sentimentos são sinónimos de partilha e compreensão pelo sofrimento do outro e devem ser considerados como estratégias de comunicação que estão presentes no acto de cuidar, nomeadamente junto de crianças. Isto, porque a dor é uma experiência individual complexa, é uma associação de todo o ser da pessoa biopsicossocial e só através da congregação de esforços de toda a equipa, e no respeito pelos saberes, se poderá encontrar uma intervenção eficaz em que a criança saia mais beneficiada (JORGE, 2003).

Nesta intervenção, a criança, pessoa que tem dor, é a única “autoridade” sobre a existência e natureza dessa dor, dado que a sensação da mesma apenas pode ser sentida pela mesma e a sua experiência individual de vida condiciona a forma como sofre e exprime a sua dor.

(SILVA e SILVA 2006) referem que ao enfermeiro são pedidas elevadas competências cognitivas e técnicas, para garantir o êxito possível e desejável nos procedimentos de controlo da dor na criança, e para lhe assegurar o seu bem-estar em termos de dor e efeitos secundários do tratamento. Também lhe é pedido que possua compreensão global do processo da doença, em termos psicossociais, para que compreenda e analise a relação criança/pais, procurando, assim, desocultar-lhe as dificuldades e pedidos que possam estar implícitos à dor.

Para tal, deve possuir conhecimentos sobre o processo de socialização e formação de atitudes, acerca do desenvolvimento e crescimento da criança, tendo sempre em consideração que a informação e a educação da criança são diferentes consoante o meio cultural de onde é oriunda.

Assim, meditando um pouco em tudo o que foi referido em pediatria, um controlo inadequado da dor durante procedimentos médicos dolorosos pode levar a efeitos negativos a longo prazo na tolerância à dor em futuras intervenções. Torna-se pois necessário que se unam esforços na equipa de enfermagem, no sentido de tornar os procedimentos dolorosos o menos traumáticos possível.

1.4- PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Ao abordar esta temática é necessário definir o que são procedimentos dolorosos. Importante também de salientar que a maioria desses procedimentos, são efectuados por enfermeiros que necessitam, antes de qualquer procedimento, ganhar a confiança da criança e abordá-la de forma carinhosa e com uma sensibilidade específica. Conseguir uma envolvimento com a criança de forma a que ela se sinta segura e confiante, é uma das tarefas mais árduas em Pediatria.

Existe uma dualidade de emoções no enfermeiro que vai executar o procedimento: por um lado sabe que não deve mentir à criança sobre a dor que esta vai sentir, respeitando o que se encontra consagrado na carta dos direitos da criança o : "direito da criança o de saber a verdade", por outro lado sabe que, indubitavelmente, vai provocar dor na criança. É um sentimento de impotência que nos deixa por vezes inibidos perante o olhar de "pedido de socorro" patente na expressão destes pequenos seres.

No hospital as crianças experimentam vários procedimentos dolorosos tanto no decorrer do diagnóstico como durante o próprio tratamento. A dor induzida, como seja numa punção venosa, tratamento de feridas ou administração de medicação injectável, provocam na criança uma dor real e aguda. Uma outra variedade de fontes podem provocar dor de uma forma menos explícita: aparelhos de raio x, uso de equipamentos estranhos para exames, ambiente desconhecido ou posições incómodas podem ser percebidos como potencialmente perigosas.

Segundo (OLIVEIRA 2008), quando se fala em procedimentos dolorosos, consideram-se todas as intervenções de enfermagem que provocam dor. Por norma, segundo a autora citada, os procedimentos de enfermagem, são procedimentos que acusam dor ou desconforto e, conseqüentemente, motivo de sofrimento para as crianças e pais. São exemplo as punções venosas, a administração de medicação endovenosa, a aspiração de secreções, a entubação naso e orogástrica, realização de pensos, entre outros, sendo a punção venosa para colheita de sangue e inserção de cateter, os procedimentos dolorosos mais comuns que ocorrem nos cuidados agudos (CARLSON et al, 2000) .

Todos estes procedimentos são considerados por (PERRY e POTTER 2006), como intervenções de enfermagem de maior complexidade. Assim, pode dizer-se que o domínio dos procedimentos - as habilidades psicomotoras que fazem parte do dia-a-dia dos cuidados de enfermagem – é uma das mais importantes e difíceis experiências de aprendizagem na enfermagem.

Durante a sua permanência no hospital, as crianças são submetidas a múltiplos diagnósticos terapêuticos que provocam dor. Dependendo das condições físicas,

capacidade de compreensão e colaboração da criança, os procedimentos dolorosos, como as punções venosas, podem ser difíceis e demoradas, provocando aumento dos níveis de ansiedade tanto das mães, como das crianças e dos enfermeiros (FERNANDES, 2000). A criança sente muito esses procedimentos, por isso, a humanização no ofício da enfermagem pediátrica é deveras importante. Ela extrapola os recursos técnicos, com a adopção de uma conduta de maior proximidade e afeição, principalmente em procedimentos dolorosos como já foi referido anteriormente.

Podemos, então, considerar que a dor não é directamente observável, embora seja muitas vezes decorrente de procedimentos dolorosos e a sua identificação possa ser facilmente depreendida, ela representa uma característica das patologias psicológicas e das orgânicas, podendo variar desde uma simples pontada até uma agonia extrema que leva a um estado de incapacidade (MULLER e SCHWETTA, 2002)

Vários autores fazem alusão aos procedimentos dolorosos em crianças e descrevem a maneira como a criança é afectada por estes. Por mais que a equipa de saúde se esforce por suavizar os procedimentos a executar, emana sempre da criança o medo, a incerteza e a angústia, que aumentam a sensação de dor aquando do procedimento. Nasce como que um sofrer por antecipação que as leva a anteceder, cada vez com mais intensidade, a sensação de dor.(RASCO, citado por ARRAMBIDE 2002) afirmam que "(...)a dor pediátrica causada por técnicas médicas representa uma experiência aguda, de curta duração que é acompanhada por angustia e ansiedade". Os mesmos autores referem que a dor derivada de procedimentos dolorosos deve ser tida em conta, pois afecta os limitados recursos emocionais das crianças e influencia negativamente a qualidade de vida destas.

CAPITULO 2- TÉCNICAS PARA O ALIVIO DA DOR

"Ninguém pode livrar os homens da dor, mas será bendito aquele que fizer renascer neles a coragem para a suportar."

Selma Lagerlof

2.1- ESTRATEGIAS NO ALIVIO DA DOR

Existiram, durante muitos anos, inúmeros e variados mitos sobre a dor na criança. Actualmente sabe-se que os centros de recepção, assim como as vias aferentes e eferentes de transmissão da dor, se desenvolvem muito precocemente, tornando-se, de forma progressiva e evolutiva, funcionais a partir da sexta semana de gestação. É lícito, no nosso entender, dizer que após estas evidências não existem dúvidas de que toda a criança sente dor da mesma forma que o adulto e, como tal, essa dor deve ser tratada ou/e, sempre que possível, evitada.

Nesse sentido uma prática de enfermagem que vá ao encontro das necessidades da criança, na sua globalidade, tem de partir de uma relação de ajuda, a qual passa, necessariamente, pelo desenvolvimento da capacidade de escuta por parte do enfermeiro. (SERRANO e PIRES 2000) mencionam que a dor é uma das situações mais difíceis, e simultaneamente uma das mais enganosas, na prática de enfermagem. Saber cuidar a pessoa com dor vai muito para além das aptidões técnicas do enfermeiro, e para a gerir é fundamental um poder de observação perspicaz. Facilitar o alívio da dor, pode não ser fácil mas, é um desafio que merece e deve ser assumido.

Para (CABRAL 1999), a teoria do cuidar fundamenta-se na dinâmica de dar e receber com o objectivo de ajudar o utente (neste caso a criança) a encontrar o significado de pessoa, doença, sentimento e dor existentes.

Na mesma linha de pensamento, (SANTOS 2000) argumenta que "a relação interpessoal, na sua vertente de relação de ajuda, é um tipo de interacção fundamental à disposição dos enfermeiros para organizarem um sistema de comunicação que responda de forma particular às necessidades de cada pessoa com quem interagem". Assim, este é um método de intervenção terapêutica, assentando essencialmente na individualidade de cada criança, no reconhecimento da sua própria personalidade, ainda em construção, na sua forma de sentir e expressar a dor.

Neste sentido, (SANTOS 2000) acrescenta que o enfermeiro deve ter essa capacidade de escuta, de estar disponível para a total comunicação com a criança e não só para as palavras que pronuncia. Torna-se importante a atenção para a globalidade da criança, como o comportamento corporal/postura, o movimento e os gestos: contracção das

pálpebras, entoação e timbre da voz, silêncio, pausas, variações respiratórias, rubor/empalidecimento, humidade da pele. Só uma boa presença poderá permitir ao enfermeiro escutar mais eficazmente os apelos e mensagens, verbais e não verbais da criança.

Para além destes factores inerentes e essenciais ao acto de cuidar em pediatria, referem-se algumas estratégias de controlo da dor, que podem ser divididas em dois grandes grupos: farmacológica e não farmacológica.

Desta forma, conforme justificam os autores citados, no processo clínico de tomada de decisões, em que o objectivo é o alívio da dor na criança, o primeiro passo é uma ampla e adequada avaliação da experiência dolorosa.

A terapêutica farmacológica para a dor compreende, segundo (RITTO e AMADO 2000), fármacos que vão desde os analgésicos não opióides aos analgésicos opióides com a inclusão variável de fármacos adjuvantes. As vias de administração são várias: oral, de preferência; sublingual, nasal, rectal, subcutânea, transdérmica, intramuscular, endovenoso e medular.

A primeira coisa que se tem de fazer é acreditar na criança. Com relativa facilidade, subvaloriza-se a dor que a criança refere, fazendo errados juízos de valor, não prestando o melhor cuidado no alívio da sua dor. Ainda de acordo com ROCHA (1998, p. 38), “a analgesia é o alívio da dor” e os analgésicos constituem normalmente a primeira abordagem no controlo da dor aguda.

(ROCHA 1998, citando MCCAFFERY e BEEBE 1989) refere que “o modo como o analgésico é instituído é mais importante do que o tipo de analgésico utilizado”. A acção e a eficácia dos medicamentos analgésicos dependem de inúmeros factores entres os quais: as suas propriedades físico-químicas, as condições físicas do doente e as vias de administração, o que deve ser tido sempre em conta.

Nas medidas não farmacológicas de alívio da dor, podemos salientar as terapêuticas do domínio psicológico. Estas intervêm na expressão, e sobretudo na forma, como é vivenciada a dor. O profissional de saúde pode conversar com a criança de forma a distrai-la para que se abstraia da dor que sente.

De acordo com a Direcção Geral da Saúde, a distração ou atenção dirigida, refere que a pessoa seja capaz de focar a sua atenção em algo que não seja a sua dor, como por exemplo ouvir música, ver televisão, ler. Este método pode reduzir a intensidade dolorosa ou aumentar a resistência à dor, tornando-a menos incómoda (PORTUGAL 2001).

Para além destas técnicas, existem também intervenções comportamentais no alívio da dor, que podem ser o toque terapêutico (carinho, uma festa, dar a mão), relaxamento, massagem, imaginação -visualização (pai, mãe, lugar de divertimento), a aromaterapia

(óleos com propriedades relaxantes) e o humor, Outras terapias não farmacológicas envolvem o uso de chupeta no recém-nascido, que inibe a hiperactividade e modula o desconforto, o uso de água com açúcar, que diminui a ansiedade e, de certa forma, diminui a dor. Estas e outras fontes de alívio da dor devem ser conhecidas pelo profissional de saúde e aplicadas sempre que se suspeite de dor ou a criança a refira.

2.2- UTILIZAÇÃO DO LIVOPAN® NOS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

*"I am sure the air in heaven must be
this wonder-working gas of delight".*

Robert Southey

O protóxido de azoto foi o primeiro agente inalatório conhecido, com propriedades anestésicas. Foi amplamente utilizado na última parte do século XIX, mas logo foi substituído por éter como anestésico. É um anestésico fraco, que tem propriedades sedativas, analgésicas e ansiolíticas, sendo no entanto um potente analgésico. No alívio da dor as suas propriedades são semelhantes às de uma dose de morfina. Porque é um agente anestésico fraco, quando é misturado com oxigénio a 50%, raramente produz perda de consciência. No entanto, o protóxido de azoto possui profundos efeitos analgésicos. O Livopan® a mistura gasosa de 50% protóxido de azoto e 50% de oxigénio, foi introduzido comercialmente em 1965, e ainda é amplamente utilizado como analgésico. A literatura consultada considera que os efeitos analgésicos se devem à libertação, pelo protóxido de azoto, de substâncias bioquímicas, tais como endorfinas e a serotonina. O Livopan® actua no cérebro e na espinal medula e promove a libertação de neurotransmissores endógenos. Estes activam as vias descendentes para inibir os impulsos de dor, mediante simulação de diversos receptores e modificação das vias de dor. Difunde-se rapidamente na corrente sanguínea, não se combina com a hemoglobina e possui uma elevada solubilidade expandindo-se em cavidades cheias de gás. É fácil e rapidamente eliminado pelos pulmões. A concentração em Oxigénio de 50%, cerca de duas vezes a do ar ambiente, garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado.

O Livopan® ou "gás e ar", como é vulgarmente conhecido, é como já foi referido anteriormente, uma mistura gasosa de 50% de protóxido de azoto e oxigénio 50%.

É apresentado num cilindro azul com ombros azul e branco, O cilindro está conectado a uma válvula de demanda, através de um tubo de mangueira de alta pressão preto, estando a válvula de demanda ligada a um bucal ou máscara. Este aparelho permite que o gás seja auto-administrado. A válvula de demanda só abre quando a pressão negativa

suficiente for gerada pelo esforço inspiratório do paciente, fazendo com que o gás flua para os pulmões.

O início da acção é rápido - dentro de 2-3 respirações - e dura enquanto o gás é respirado. Quando a máscara ou bucal é removido, a droga cessa rapidamente a sua acção sem sequelas. Este início rápido é compensador e torna-o num agente muito adequado para fornecer analgesia em procedimentos dolorosos, embora de curta duração. Assim Livopan® pode ser considerado uma terapia inalatória não-invasiva para o controlo da dor aguda em intervenções dolorosas de curta duração.

O kit traz também máscaras faciais descartáveis e um circuito de fluxo livre e constante. Por serem mais leves, os cilindros facilitam o manuseio, transporte e operação, podendo ser disponibilizados tanto em ambiente hospitalar como em clínicas. A válvula integrada garante total segurança para o médico e paciente, já que não há necessidade de troca de reguladores, eliminando a exposição a altas pressões de enchimento e riscos de vazamentos. Além disso, a válvula apresenta uma pressão constante e baixa, e o fluxo é graduado de acordo com o tratamento.

Uma das grandes vantagens do Livopan® é o fato de garantir que o paciente se mantenha consciente e capaz de se movimentar durante todo o procedimento. Desta forma, o risco de sedação profunda é eliminado devido à mistura equilibrada que assegura uma boa oxigenação. Após a interrupção da inalação, em apenas três minutos os efeitos residuais e cognitivos desaparecem.

Através de uma pesquisa na internet, no portal factor Brasil, verificamos que "O uso de Livopan® torna fácil e possíveis os procedimentos dolorosos em crianças. Sem ele, a alternativa seria segurá-la e tentar fazer o procedimento com o uso da força ou seria necessário ter um anestesiológista para sedar a criança. Livopan® promove o alívio rápido da dor, através da sedação segura, o que reduz a ansiedade e amnésia, que é a resposta ideal no tratamento da dor, e isso faz com que a criança coopere com a equipe médica, reduzindo o tempo de trabalho, a frustração e o stress", destaca nesse site o pediatra Andrea Messeri.

Na Europa, inúmeros países como Alemanha, Suécia e França já utilizam a solução, obtendo sucesso e ótimos resultados clínicos.

Ao não possuírem a mesma capacidade de racionalizar a dor que os adultos as crianças são as grandes beneficiadas com o uso do produto. Procedimentos como o tratamento de queimaduras, punção lombar, redução de fracturas, suturas e outros que costumam ser traumáticos são atenuados com a inalação do produto pela criança evitando desta forma que a criança sinta dor.

O efeito amnésico e ansiolítico do Livopan® aumenta a receptividade a futuros procedimentos por parte da criança, tornando desta forma a criança menos ansiosa e mais receptiva aquando da necessidade de novos procedimentos que envolvam dor, e agiliza os procedimentos a efectuar pois a criança apresenta mais confiança e sabe, à partida, qual a sensação que irá experimentar, não havendo necessidade de uma preparação psicológica tão exaustiva.

O protóxido de Azoto a 50% não tem efeito anestésico e o doente encontra-se num estado de sedação consciente durante a sua administração, permitindo assim que o doente responda às instruções médicas. Se se administrar Livopan® em combinação com outros agentes analgésicos potentes, pode-se diminuir a dose destes, reduzindo, assim, os potenciais efeitos secundários associados.

O uso do Livopan traz bastantes vantagens no tratamento e alívio da dor: curto tempo de indução, mínimos efeitos colaterais, rápido efeito sistémico, tem pouco efeito sobre a respiração, no sistema cardiovascular ou nos reflexos das vias aéreas, e promove o alívio eficaz e não-invasivo da dor. Independente do tempo de inalação, o nível de consciência do paciente mantém-se. É fácil de administrar, podendo o paciente administrar o próprio fluxo inalatório.

Em algumas situações podem ser observados efeitos secundários associados ao uso do Livopan®, que são mínimos: tonturas, náuseas ligeiras e euforia que desaparecem após cessar a administração do gás. Quando o uso é prolongado podem surgir deficiência de vitamina B12. O uso do Livopan® não deve exceder as 24 horas, nem ser administradas com intervalos inferiores a 4 dias sem vigilância médica e controlo hematológico.

Devido à elevada difusibilidade (expansão das cavidades cheias de gás) do protoxido de azoto, o livopan® está contra-indicado nas situações de :

- Cirurgia ocular recente (com recurso a injeções intra-oculares de gás)
- Doença por descompressão (ou mergulho recente)
- Pneumotorax
- Enfisema bolhoso
- Embolia gasosa
- Obstrução intestinal
- Traumatismos na cabeça com perda de consciência, devido à dificuldade de avaliação neurológica por parte dos efeitos sedativos do livopan®
- Lesões maxilo – faciais, laringectomia, perda de consciência, sedação profunda ou intoxicação, devido à incapacidade do doente utilizar correctamente o equipamento ou seguir as instruções.

Um estudo paralelo ao por nós efectuado, e levado a cabo por profissionais do serviço de Urgência do Hospital Virgen de los Lirios em Alcoi, a pacientes entre os 8 e 85 anos, conclui que na aplicação do livopan em procedimentos dolorosos de curta duração (redução de fracturas, luxação e limpeza de feridas) que não exederam os 30 minutos, existe por parte dos utentes 100% de satisfação. Os profissionais de saúde, consideraram fácil a aplicação do produto, não relatando nenhum efeito secundário após a utilização do medicamento.

Um outro estudo levado a cabo por profissionais do Hospital Universitario San Juan de Alicante e apresentado no XIII CONGRESO SEMES-CV. 2010. Conclui que os pacientes colaboraram durante os procedimentos realizados e comportaram-se de forma tranquila. A analgesia foi, de uma forma global, adequada, com duração de 4-5 respirações e alcançou o ponto máximo em 2-3 minutos. Não se registaram efeitos secundários. Foi necessário interromper o tratamento a um utente devido à falta de colaboração por ser um utente com demência. A outro utente foi preciso administrar analgesia intravenosa como coadjuvante devido à severidade da dor secundária a a lesão (luxação posterior do ombro).

Embora não tenhamos encontrado estudos em Português, estes e outros estudos consultados demonstram bem a potencialidade do Livopan® como analgésico, e a necessidade premente que existe em o continuarmos a utilizar na nossa prática diária como alívio e tratamento na dor da criança em procedimentos dolorosos de curta duração

II- PARTE- INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

CAPITULO 3 – METODOLOGIA

"Encarada sob uma certa perspectiva, a 'metodologia' parece uma questão puramente técnica, sem nenhuma relação com a ideologia; pressupõe-se que ela tem a ver apenas com métodos para extrair informações fidedignas do mundo, métodos para colidir dados, construir questionários, amostragens e analisar os resultados. Entretanto, ela é sempre muito mais do que isto, pois comumente está carregada de pressuposições que todos aceitam".

Alvin Goudner

3.1- MÉTODOS E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A dor assume um papel primordial nos cuidados de enfermagem, visto que é considerada, actualmente, como 5º sinal vital. Nas crianças assume ainda uma maior importância uma vez que em tenras idades, não conseguem transmitir com exactidão o que as incomoda. A incapacidade de verbalizar o desconforto e a dor que sentem, leva a criança a reagir das mais variadas formas. É da responsabilidade dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, detectar quadros de dor através dos comportamentos da criança, bem como avaliar a sua intensidade, através de instrumentos como as escalas de avaliação da dor, adequadas ao seu grau de desenvolvimento, dando resposta positiva e eficaz a esses estados.

Foi neste patamar que decidimos edificar a nossa investigação. Assim, dada a envolvimento da temática, optámos por um estudo exploratório descritivo, onde pretendemos saber qual a opinião dos profissionais de saúde na utilização do livopan® nos procedimentos dolorosos na criança. Os estudos descritivos objectivam informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos neste caso como se distribui a opinião dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros. Eles podem ser de incidência ou prevalência, escolhemos este tipo de estudo pois tem como objectivo, sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos. Os estudos exploratórios, têm como objectivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, neste caso o tipo de opinião.

Para dar resposta adequada à investigação, que nos propusemos optámos pela equação de algumas questões de partida:

- ✓ Quais as situações em que o produto é aplicado?
- ✓ Qual a reacção da criança aquando da aplicação do produto?

- ✓ Quais os efeitos secundários observados?
- ✓ Qual a opinião dos profissionais de saúde na eficácia e eficiência da aplicação do produto?

Traçámos como objectivo geral deste estudo conhecer a opinião dos profissionais de saúde acerca do Livopan®. Para além deste objectivo, pretendemos ainda identificar as situações em que o produto é aplicado; identificar a reacção da criança aquando da aplicação do produto; e por ultimo, identificar quais os efeitos secundários observados.

Tendo por base este paradigma traçámos o nosso desenho de investigação

Figura 4 - Desenho de investigação



3.2- VARIÁVEIS

A variável dependente do nosso estudo é a opinião dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros sobre a aplicação do Livopan® .

As variáveis independentes foram classificadas em: **Variáveis Sociodemográficas** Sexo; Idade; Habilitações literárias. **Variáveis comportamentais** Reacção da criança; Comportamento da criança. **Variáveis Sócio-profissionais;** Habilitações académicas; Categoria profissional; Tempo de serviço; Tempo de serviço na pediatria. **Técnicas clínicas** Associação do produto; Técnicas. **Variáveis temporais** Tempo de reacção da criança; Tempo de recuperação

Para o tratamento estatístico codificámos as diferentes variáveis do nosso estudo, segue-se um pequeno resumo dessa codificação:

Idade dos profissionais de saúde

Relativamente á idade dos profissionais de saúde, classificámo-la em dois grupos. Utilizámos para a sua codificação grupos de corte a mediana.

- «35 Anos
- » 36 Anos

Habilitações académicas

Em relação às habilitações académicas decidimos dividi-las em: Licenciado e Mestrado visto serem as únicas respostas dadas no questionário

Tempo de serviço e Tempo de serviço na área de Pediatria

Em relação ao tempo de serviço e ao tempo de serviço na área de pediatria codificámos- los da mesma forma usando como medida de corte a mediana

- «15 Anos
- » 16 Anos

Utilização de livopan®

Nunca; Uma ou mais vezes

Assistiu à utilização de livopan®

Nunca; Uma ou mais vezes

Se não utilizou qual a razão

A esta pergunta foram apenas dados dois tipos de resposta, não foi necessário e não houve oportunidade.

Em que situações aplicou livopan®

Para a codificação desta variável após revisão bibliográfica atrás referida classificámos como: técnicas não invasiva - Limpeza de feridas, Ecocardiograma, Queimados

Técnicas invasivas: Punção lombar, Entubações, Punções venosas, Sutura

Reacção da criança

Relativamente à reacção da criança codificámos esta variável como:

Sem reacção - quando a criança se manteve inalterada sem nenhuma reacção

Reacção psicológica - quando a criança tem manifestações do foro psicológico estas são: Ficou mais irritada, Ficou mais calma, Ficou mais ansiosa

Utilização do livopan® simples ou associado a outra substância

Na codificação desta questão utilizámos a seguinte nomenclatura

Simple - quando não está associada a sua aplicação a outro produto

Composto - quando é utilizado conjuntamente com outra substância: Lidocaina spray
Lidocaina injectável, Morfina, Diazepan, EMLA

Comportamentos da criança

Relativamente à pergunta qual a situação comportamento da criança aquando da aplicação do produto, o questionário apresentava uma pergunta invertida, que foi devidamente codificada aquando do tratamento das variáveis. Tínhamos um total de respostas que no seu somatório nos davam o valor de quarenta e dois pontos

Codificámos esta pergunta da seguinte forma:

Comportamentos negativos - «18, incluímos todos os comportamentos que estejam inseridos na forma negativa de reacção eles são, Tensa, Assustada, Recusa da máscara Incapacidade de inspiração, Irritado, Não colaborante.

Comportamentos positivos» 19 nestes comportamentos agrupámos aqueles que são de uma certa forma a resposta positiva como forma de reacção e são: Relaxada, Tranquila, Aceitação da máscara, Capacidade de inspiração, Calmo, Colaborante

Reacção da criança observadas

Em relação às reacções da criança observadas pelos profissionais de saúde codificámos esta variável como:

Sem reacção - quando a criança não apresenta qualquer tipo de reacção

Psicológicas - quando a criança tem manifestações do foro psicológico estas são: Agitação, Alucinações, Ansiedade, Confusão e Amnésia. Na classe das reacções físicas, incluímos as que se repercutem fisicamente que são: Vómitos, Náuseas, Depressão do sistema respiratório.

Tempo médio de tratamento

Codificámos o tempo médio de tratamento em 2 tempos < 5 minutos quando ele não excede os cinco minutos e superior ou igual a cinco minutos quando ele é igual ou ultrapassa os cinco minutos

Tempo de recuperação

Codificámos o tempo de recuperação em 2 tempos < 5 minutos quando ele não excede os cinco minutos e superior ou igual a cinco minutos quando ele é igual ou ultrapassa os cinco minutos

Opinião na aplicação do livopan®

Em relação à opinião acerca da aplicação do Livopan® considerámos quando a soma de todas as parcelas na sua totalidade for inferior a vinte e cinco para as opiniões positivas e superior ou igual a vinte e seis quando a opinião é negativa, utilizámos para a codificação grupos de corte a mediana.

3.3 PARTICIPANTES

Neste estudo os participantes ou universo de estudo serão os profissionais de saúde médicos e enfermeiros que constituem a equipa da urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu. É uma amostra não probabilística, por conveniência, composta de indivíduos que atendem os critérios de entrada e que são de fácil acesso do investigador, dela fazem parte dezasseis profissionais de saúde que pertencem á classe de enfermagem e quinze profissionais de saúde da classe médica. Destes profissionais vinte sete são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Todos os profissionais são licenciados e quatro são mestres.

3.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para este estudo optámos por um questionário de perguntas fechadas e abertas no qual o participante era submetido à escolha de respostas possíveis ou a referir uma resposta breve e curta. Deste questionário fazia parte uma nota introdutória atestando a confidencialidade e apelando à participação dos indivíduos no estudo em questão.

Este tipo de instrumento de recolha de dados foi por nós seleccionado porque garante o anonimato, é económico, permite a uniformidade na sua aplicação e veracidade das respostas. Foi também por nós elaborado e teve por base a pesquisa bibliográfica anteriormente efectuada.

Aplicámos um pré teste a quatro profissionais de saúde, na semana de seis a dez de Junho de 2011. Após a recepção dos mesmos, foi efectuada uma primeira análise, a fim de verificar a fiabilidade das respostas e as dificuldades sentidas nas respostas dadas. Nesta análise verificámos que existia uma pergunta na qual os inquiridos apresentavam dúvidas na resposta a dar, concluímos que a pergunta não era compreensível. Seguidamente foi alterada a pergunta de forma a ser melhor compreendida por parte dos inquiridos, após este reajustamento procedemos à aplicação dos questionários no mês de Julho de 2011.

O questionário elaborado para este estudo encontra-se em apêndice i.

É constituído por duas partes: a primeira pretende fazer uma caracterização da amostra e tem na sua constituição seis perguntas abertas, onde são colhidos dados relativos às variáveis: idade; sexo; categoria profissional; habilitações literárias; habilitações académicas; tempo de serviço; tempo de serviço em Pediatria.

A segunda parte do questionário pretende obter informação sobre a opinião dos profissionais sobre a aplicação do Livopan® é constituída por 11 perguntas fechadas, contendo, cada uma delas, um espaço aberto para resposta aberta breve. Nesta parte pretendemos obter a fonte para as conclusões posteriores do trabalho.

3.5 - PROCEDIMENTOS ESTATISTICOS

Após a recolha de dados, efectuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de se eliminarem aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente, procedeu-se à codificação e tabulação de modo a preparar o tratamento estatístico. Para tal, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. proceder-se-á à análise de tabelas, cujas fontes, bem como o local e data, serão omitidas, uma vez que a população, a fonte e o instrumento de recolha de dados são sempre os mesmos.

Para o tratamento estatístico codificámos as diferentes variáveis do nosso estudo, como já foi referenciado atrás.

O objectivo principal dos procedimentos estatísticos é descrever o fenómeno, consideraram-se: Frequências absolutas (N) e relativas (%); e Medidas de tendência central: Média (M). As Medidas de dispersão: Desvio padrão (d.p.) e Coeficiente de variação (Cv); a Medida de assimetria e de achatamento utilizada foi a Curtoses (K).

No que diz respeito à estatística analítica utilizaram-se testes estatísticos não paramétricas, devido ao facto de termos uma amostra de apenas 31 profissionais de saúde os testes não paramétricos utilizadas foram: Qui quadrado e Teste de Fisher.

Todo o tratamento estatístico processou-se através dos programas SPSS versão 19.

3.6 PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na realização deste trabalho tivemos de ter em conta todas as implicações e procedimentos éticos na recolha e na confidencialidade dos resultados obtidos assim como na aplicação do questionário. Para dar início a este estudo, foi necessária, primeiramente, a aprovação do projecto de pesquisa pela Equipa Pedagógica do I curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, posteriormente, foi necessário efectuar uma escolha da população e local no qual iríamos proceder à recolha de dados. Seguidamente foi efectuado um pedido de autorização (anexo I) formal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu, ao Hospital Pediátrico de Coimbra e ao Hospital de Viana do Castelo, destas unidades hospitalares apenas obtivemos resposta positiva da primeira instituição, após essa resposta iniciou-se a recolha dos dados com a aplicação do referido questionário.

A investigação em seres humanos implica questões éticas e morais que têm de ser preservadas durante o estudo, sendo necessário proteger os direitos e liberdades dos participantes na investigação, passamos a referenciar alguns desses direitos citando (FORTIN 2006). O direito à intimidade que se refere à liberdade da pessoa de decidir sobre a informação a dar quando participa numa investigação e a determinar se aceita partilhar informações íntimas e privadas (FORTIN 2006). O direito à determinação que consiste numa escolha livre da pessoa participar ou não na investigação (FORTIN 2006).

Todos os participantes no estudo o fizeram de forma voluntária. O direito a um tratamento justo e equitativo que se refere ao direito que o sujeito tem de ser informado sobre a natureza da investigação para a qual é solicitado, assim como os métodos utilizados no estudo (FORTIN 2006). Todos os questionados foram esclarecidos acerca do estudo dos métodos utilizados da importância do estudo e da disponibilidade dos dados para futura consulta. O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo que corresponde às regras

de protecção da pessoa inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem (FORTIN 2006). Em todas as situações o respeito pelo inquirido e a sua protecção contra o prejuízo foram contemplados. O direito ao anonimato e à confidencialidade que é respeitado se a identidade do sujeito não for associada a respostas individuais até mesmo pelo próprio investigador (FORTIN 2006). Foram salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos em todas as questões não sendo nenhuma delas passíveis de identificar os sujeitos da amostra.

CAPITULO 4 - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

"Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado. Mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado " James Baldwin

As reflexões e dados aqui obtidos irão revelar-nos qual a opinião dos profissionais de saúde enfermeiros e médicos sobre a aplicação do Livopan® nos procedimentos dolorosos à criança, que resultam daquela que foi a sua vivência nesse mesmo contexto.

Para facilitar a análise iremos debruçar-nos especificamente em cada uma das variáveis, fazendo depois uma abordagem a cada uma delas. Os dados que se apresentam referem-se aos resultados obtidos pela aplicação de um questionário, a 31 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros do serviço de urgência Pediátrica do Centro hospitalar Tondela Viseu.

Idade e sexo

Relativamente à distribuição dos dois grupos, no que diz respeito à idade, o sexo masculino não apresenta nenhum elemento com menos de 35 anos sendo a percentagem de 0%, enquanto no sexo feminino a percentagem de profissionais com mais de 35 anos é de 51,6%, já no que concerne à idade com 36 anos ou mais temos uma percentagem de indivíduos do sexo masculino de 12,9% e uma percentagem do sexo feminino de 35,5%. Na globalidade a nossa amostra é maioritariamente do sexo feminino com 87,1% de profissionais deste sexo em oposição a 12,9% do sexo masculino. A média é de 45,25 anos para o sexo masculino e 37,52 anos para o sexo feminino, com um coeficiente de variância de 21,6% para o sexo masculino e de 18,1% para o sexo feminino. A idade mínima no sexo masculino é de 38 anos sendo a máxima de 55 anos, já em relação ao sexo feminino a mínima é de 27 anos e a máxima de 57 anos de idade.

Podemos referir que há uma diferença significativa entre a idade e o sexo apresentada na tabela 3, que nos mostra o teste de Fisher $p = 0,043$

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com a idade e o sexo

Sexo Idade		Masculino		Feminino			
		N	%	N	%	N	%
Idade	«35 Anos	0	0	16	51,6	16	51,6
	» 36 Anos	4	12,9	11	35,5	15	48,4
Total		4	12,9	27	87,1	31	100.0

Tabela 2- Estatística relativa ao Sexo e a idade

Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K
Masculino	4	38	55	45,25	8,180	21,6	,43	-1,31	-3,433
Feminino	27	27	57	37,52	8,112	18,07	2,41	0,244	,213

Tabela 3- Sexo versus idade dos profissionais

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square χ^2	4,899 ^a	1	,027		
Fisher's Exact Test p				,043	,043

Categoria profissional

Relativamente à distribuição dos dois grupos, no que diz respeito ao sexo dos profissionais que participaram nesta amostra, 13% são do sexo masculino e 87,1% são do sexo feminino. Podemos concluir que a nossa amostra é constituída por o mesmo número de médicos e enfermeiros do sexo masculino, relativamente a este género estão equitativamente distribuídos sendo a percentagem de 6,5% em ambas as categorias. Relativamente ao sexo feminino 45,16% das profissionais são enfermeiras e 41,9% são médicas. Temos um universo masculino de 13% e um universo feminino de 87,1%.

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o Sexo e a categoria profissional

Sexo \ Grupo					Total	
	Enfermeiros		Médicos			
	N	%	N	%	N	%
Masculino	2	6,5	2	6,5	4	13,0
Feminino	14	45,16	13	41,9	27	87,1
Total	16	51,66	15	48,4	31	100,0

Habilitações académicas

Relativamente às habilitações académicas a amostra apresenta 41,9% de enfermeiros licenciados e 9,6% enfermeiros com o título de mestre, em relação à classe profissional dos médicos 45,2% são licenciados e 3,2% são mestres.

Tabela 5 - habilitações académicas dos profissionais

Habilitações Grupo profissional	Licenciado		Mestrado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros	13	41,9	3	9,6	16	51,6
Médicos	14	45,2	1	3,22	15	48,4
Total	27	87	4	12,85	31	100,0

Tempo de serviço categoria profissional

No que diz respeito ao tempo de serviço 16,1% dos médicos têm 15 anos ou menos de serviço e 35,5% destes profissionais têm 16 anos ou mais de serviço, em relação aos enfermeiros 32,3% têm 15 anos ou menos e 16,1% têm 16 anos ou mais, podemos dizer que a categoria profissional dos médicos tem um tempo de serviço superior, quando comparada com os enfermeiros. O tempo de serviço mínimo para a classe de enfermagem é de 10 anos e o máximo de 27 anos sendo a média de 16,06 anos, na classe médica o tempo mínimo é de 4 anos e o máximo de 33 anos, com uma média de 13,4 anos.

Tabela 6- Distribuição da amostra de acordo com o Grupo profissional e o tempo de serviço

Grupo profissional Tempo de serviço	Medico		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%
«15 Anos	5	16,1	10	32,3	15	48,4
» 16 Anos	11	35,5	5	16,1	16	51,6
Total	16	51,6	15	48,4	31	100,0

Tabela 7- Estatística relativa ao tempo de serviço e categoria profissional

Tempo serviço	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K
Enfermeiro	16	10	27	16,06	5,360	33,37	2,02	0,34	,378
Médico	15	4	33	13,4	9,448	70,5	1,70	-0,37	-,419

Tempo de serviço na Pediatria

Relativamente ao tempo de serviço posso concluir que na categoria dos médicos 29,0% trabalha em Pediatria há 15 anos ou menos e só 19,4% trabalha há 16 anos ou mais, na categoria profissional de enfermagem, 19,4% trabalha em pediatria há 15 anos ou menos e 32,3% há 16 anos ou mais. Podemos dizer que a categoria profissional de enfermagem tem mais tempo de serviço na Pediatria com 51,7 % contra os 48,4% dos médicos. A moda de tempo de serviço em Pediatria é para a categoria profissional dos enfermeiros de 11,06 anos e para os médicos de 11,27 anos, sendo o tempo máximo de serviço na categoria profissional dos médicos de 28 anos e na categoria profissional dos enfermeiros de 22 anos. Em ambas as categorias o tempo mínimo de serviço é de 2 anos.

Tabela 8- Distribuição da amostra de acordo com tempo de serviço na Pediatria e o grupo profissional

Categoria profissional	Medico		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo serviço pediatria						
«15 Anos	9	29,0	6	19,4	15	48,4
» 16 Anos	6	19,4	10	32,3	16	51,7
Total	15	48,4	16	51,7	31	100.0

Tabela 9- Estatística relativa ao tempo de serviço na Pediatria e o grupo profissional

Tempo serviço	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Enfermeiro	16	2	22	11,06	6,115	55,29	0,77	-0,5	-,546
Médico	15	2	28	11,27	8,844	78,47	1,39	-0,82	-,915

Utilização do Livopan®

Em relação à utilização do Livopan® por parte dos profissionais de saúde e de acordo com a Tabela10, podemos dizer que 29,0 % dos médicos e 19,4% dos enfermeiros nunca utilizou Livopan®; dos profissionais que usaram o produto 32,3% foram enfermeiros e 19,4% foram médicos.

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o Grupo profissional e a utilização de Livopan®

Grupo profissional Utilização de livopan®	Medico		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	9	29,0	6	19,4	15	48,4
Uma ou mais vezes	6	19,4	10	32,3	16	51,7
Total	15	48,4	16	51,7	31	100,0

Técnicas em que foi usado o Livopan® e a reacção das crianças

Em relação às técnicas em que foi utilizado podemos referir pela leitura da Tabela 11 que 55% foram técnicas não invasivas e 45,0% das técnicas foram invasivas. Nas técnicas não invasivas 45,0% das crianças não apresentou qualquer tipo de reacção e 10% apresentaram reacções psicológicas. Em relação às técnicas invasivas manteve-se a percentagem de crianças que apresentou reacções psicológicas 10,0% e a percentagem de crianças que não apresentou reacções diminuiu ligeiramente para os 35,0%

Tabela 11 - distribuição da amostra de acordo com as técnicas utilizadas e a reacção da criança

Reacção Técnicas	Sem reacção		Psicológica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não invasivas	9	45,0	2	10,0	11	55,0
Invasivas	7	35,0	2	10,0	9	45,0
Total	15	80,0	16	20,0	20	100,0

Tabela 12- Técnicas utilizadas e a reacção da criança

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square χ^2	,051 ^a	1	,822		
Fisher's Exact Test p				1,000	,625

Razões da não utilização do Livopan®

De acordo com a tabela 13 as razões que levam os profissionais de saúde a não utilizarem o Livopan® são para 40,0% dos profissionais a não necessidade de anestésico, para 60,0% dos profissionais foi o não existir oportunidade. Se tivermos em conta as duas categorias profissionais podemos dizer pela análise da Tabela 13 que a mesma percentagem de enfermeiros e médicos não sentiu necessidade de utilizar o produto, enquanto 20,0% dos médicos não tiveram oportunidade de o utilizar. Em relação à categoria profissional dos enfermeiros em 40,0% não surgiu a oportunidade de utilização.

Tabela 13 - distribuição da amostra de acordo com as razões da não utilização do livopan® e o grupo profissional

Grupo profissional Razões	Medico		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não foi necessário	3	20,0	3	20,0	6	40,0
Não houve oportunidade	3	20,0	6	40,0	9	60,0
Total	6	40,0	16	60,0	15	100,0

Comportamento da criança e a associação do Livopan®

Em relação aos comportamentos observados na criança podemos referir que a percentagem dos comportamentos negativos é de 20,0% quando o Livopan® é utilizado simples, quando associado os comportamentos negativos não são observados 0,0%, Relativamente aos comportamentos positivos é observada uma percentagem de 45,0% quando o Livopan® é utilizado simples e 35,0% de comportamentos positivos quando utilizado com outra solução. Podemos ainda dizer que a percentagem de comportamentos positivos é mais elevada 80,0% que a percentagem de comportamentos negativos 20,0%. Podemos inferir que não existem diferenças estatísticas significativas entre os comportamentos da criança e a associação do produto $p = 0,249$.

Tabela 14: Distribuição da amostra de acordo com comportamento da criança e a associação do Livopan®

Livopan® Comportamentos	Simples		Composto		Total	
	N	%	N	%	N	%
Negativos	4	20,0	0	0,0	4	20,0
Positivos	9	45,0	7	35,0	16	80,0
Total	13	65,0	7	35,0	20	100,0

Tabela 15- Comportamentos associação do produto

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square χ^2	2,692 ^a	1	,101		
Fisher's Exact Test p				,249	,148

Reacção da criança aquando da aplicação do produto simples ou composto

Podemos fazer a seguinte leitura da tabela 16 que se segue e que se refere ao tipo de reacção da criança e à utilização do Livopan® simples ou associado, quando o Livopan® foi utilizado simples 55,0% das crianças não teve qualquer tipo de reacção e 10,0% das crianças teve reacções psicológicas, quando o produto foi utilizado com outra substância 25,0% das crianças não teve qualquer tipo de reacção e 10,0% apresentavam reacções do foro psicológico. Podemos dizer ainda que a maior percentagem das crianças 80,0% não apresentou qualquer tipo de reacção, enquanto 20,0% das crianças apresentaram reacções psicológicas.

Tabela 16: Distribuição da amostra de acordo com a reacção da criança e a associação do produto

Livopan® Reacção	Simples		Composto		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem reacção	11	55,0	5	25,0	16	80,0
Reacção Psicológica	2	10,0	2	10,0	4	20,0
Total	13	65,0	7	35,0	20	100,0

Tempo de recuperação da criança

Em relação ao tempo de recuperação da criança podemos referir pela leitura da tabela 17 que a percentagem de tempo de recuperação da criança quando o Livopan® é utilizado simples é inferior a 5 minutos em 55,0% das crianças e em 10,0% é superior a 5 minutos. Quando utilizado associado, o tempo de recuperação da criança é inferior a 5 minutos em 20,0% e em 15,0% da amostra é superior a 5 minutos.

Tabela 17: Tempo de recuperação da criança com utilização do livopan® simples ou composto

livopan® Tempo de recuperação	Simples		Composto		Total	
	N	%	N	%	N	%
<5 Minutos	11	55,0	4	20,0	15	75,0
» 5 Minutos	2	10,0	3	15,0	5	35,0
Total	13	65,0	7	35,0	20	100,0

Opinião dos profissionais relativamente ao Livopan®

Pela leitura da tabela 18 podemos referir que na classe de enfermagem 26,3% tem uma opinião positiva e 31,6% destes profissionais têm uma opinião negativa; relativamente à classe profissional dos médicos 26,3 tem uma opinião positiva e 15,8 tem uma opinião negativa. Podemos ainda ver que a percentagem de opiniões positivas é igual para ambas as categorias profissionais com 26,3% cada. Não há diferença significativamente estatística entre a opinião dos profissionais de saúde e a categoria profissional $p=,623$

Tabela 18- opinião dos profissionais relativamente ao livopan ® e á categoria profissional

Profissionais Opinião	Enfermeiro		Médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Positiva	5	26,3	5	26,3	10	57,9
Negativa	6	31,6	3	15,8	9	42,1
Total	11	57,9	8	42,1	19	100,0

Tabela 19 - Categoria profissional e opinião acerca do Livopan®

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square χ^2	4,899 ^a	1	,027		
Fisher's Exact Test p				,623	,623

Opinião relativamente ao Livopan® e á idade dos profissionais

Relacionando a idade dos profissionais com a opinião que têm relativamente ao Livopan® podemos dizer que os profissionais de trinta e cinco anos ou menos referem 26,3% uma opinião positiva, 10,5% uma opinião indiferente e 21,1% uma opinião negativa relativamente ao Livopan®. Os profissionais com trinta e seis anos ou mais referem 10,5% uma opinião positiva, 15,8% uma opinião indiferente e 15,8% uma opinião negativa. podemos referir que a opinião positiva é referida em maior percentagem 26,3% pelos profissionais mais novos enquanto os profissionais com uma faixa etária mais elevada referem uma percentagem de opiniões positivas menores 10,5%.

Tabela 20 - opinião dos profissionais relativamente ao livopan® de acordo com idade

Opinião Idade dos profissionais		Positiva		Negativa		Total	
		N	%	N	%	N	%
Idade dos profissionais	«35 Anos	7	36,8	4	21,1	11	57,9
	» 36 Anos	3	15,8	5	26,3	8	42,1
Total		10	52,6	9	47,4	19	100,0

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Se soubermos que um obstáculo é intransponível, deixa de ser um obstáculo para se tornar um ponto de partida.”

(Juzsef Eorvos)

Durante o processo de recolha, tratamento e análise dos dados, obtivemos resultados que importa agora discutir e interpretar. Neste capítulo procuramos, acima de tudo, responder às questões que nos motivaram e impulsionaram para este estudo, estas e outras questões, serão mencionadas de modo implícito no decurso do capítulo.

Algumas foram as dificuldades na elaboração deste trabalho. A primeira prende-se com a não obtenção de resposta para aplicação dos questionários por parte de duas instituições hospitalares, daí a nossa amostra ficar reduzida e limitar-se aos enfermeiros e médicos da urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu. Outra dificuldade foi a escassez de bibliografia para fomentar a nossa discussão, visto o Livopan® ser um produto que está no início da sua aplicação em Portugal com o cariz analgésico.

Fazendo uma análise global dos resultados, e através da análise efectuada, verificámos que a nossa amostra, é maioritariamente feminina, com 87,1% de profissionais do sexo feminino e apenas 12,9% do sexo masculino. Os dados estatísticos da ordem dos enfermeiros de 2010 vêm confirmar a nossa amostra, no distrito de Viseu. No que respeita à classe profissional dos enfermeiros, existem 1673 enfermeiros do sexo feminino e 435 do sexo masculino.

Dos profissionais de saúde que fazem parte do nosso estudo todos possuem licenciatura, existindo neste universo 4 profissionais de saúde com o título de mestres.

Relativamente à categoria profissional, a nossa amostra está equitativamente distribuída e é constituída por 16 enfermeiros e 15 médicos. O tempo de serviço é no mínimo 2 anos para cada uma das profissões, sendo a média 16,06 anos para os enfermeiros e 13,4 anos para os médicos.

Após o conhecimento da nossa amostra impõem-se discutir o uso do produto pelos profissionais de saúde, e as reacções do mesmo visto ser este o cerne e a preocupação do nosso estudo.

Sendo um produto benéfico no alívio da dor nos procedimentos dolorosos de curta duração e estando nós a falar de um serviço de urgência, onde o tempo urge e os segundos contam, era de prever que a utilização do produto fosse efectuada pela maioria dos profissionais de saúde. Esta nossa inferência está posta de lado e contrariada pelo presente estudo, visto apenas 16 dos nossos 31 inquiridos terem utilizado o referido produto.

Esta conclusão talvez tenha fundamento no que nos é referido por ZENPSKY (2004) “No SU, as crianças surgem muitas vezes com uma constelação de sintomas mas sem um diagnóstico final; estas crianças são geralmente desconhecidas para o médico que lhes presta cuidados, têm uma grande variedade de problemas médicos ou cirúrgicos (...). Estes factores tornam a sua avaliação e a selecção da intervenção analgésica mais complicada”.

Só desta forma, e nesta corrente de pensamento, podemos espelhar os resultados por nós obtidos no que concerne à não utilização do produto pelos profissionais de saúde. Ainda da pesquisa por nós efectuada impõem-se salientarmos o que nos é dito por HOCKENBERRY (2006) “a dor nas crianças é subtratada devido a uma série de razões complexas e inter-relacionadas, incluído conceitos profissionais equivocados acerca da dor; a complexidade da avaliação da dor particularmente em crianças na fase pré verbal e a falta de informações a respeito das técnicas de redução da dor actualmente disponíveis.”

Outra questão que motivou e fez incendiar toda esta nossa vontade de cada vez mais conquistar saberes, foi conhecer o motivo pelo qual os profissionais de saúde não utilizavam o produto. Ficámos um pouco desiludidos com os resultados, pois constatámos pela análise dos dados que alguns profissionais (6) referiram que não houve necessidade. Se tivermos em consideração o que nos é dito por (LOBO, 1998) “o alívio da dor é um direito do doente, e constitui um dever profissional no sentido da mais profunda preocupação pela vida e pelas necessidades fundamentais da pessoa humana”, talvez, pensamos nós, esta dor esteja a ser subvalorizada, pois como já referimos na bibliografia anterior, o facto da criança estar num ambiente novo longe do seu “castelo protector”, em que tudo é estranho, um simples procedimento doloroso, por menos invasivo que seja é sugestivo de provocar, medo, ansiedade e a dor vem dar a mão a todas estas sensações.

Avançando no nosso estudo quisemos conhecer quais os procedimentos dolorosos em que o Livopan ® era administrado às crianças. Sabemos que no hospital as crianças experimentam uma parafernália de procedimentos dolorosos, tanto no decorrer do diagnóstico como no próprio tratamento, que no serviço de urgência se quer rápido e eficaz. Muitas vezes, esses tratamentos são efectuados através de punções venosas ou intra musculares, ou através de outros procedimentos dolorosos, como reduções de fracturas e realização de pensos.

Contrariamente àquilo que no nosso entender seria o mais lógico, ficámos com a noção clara de que os profissionais de saúde utilizavam (embora com uma pequena diferença) o medicamento com mais frequência em procedimentos não invasivos. Da nossa pesquisa bibliográfica, e pela nossa experiência, compreendemos as palavras de RASCO citado por ARRRAMBIDE et al que afirma “ a dor Pediátrica causada por técnicas médicas representa uma experiência aguda, de curta duração que é acompanhada por angústia e

ansiedade”. Os mesmos autores referem, que a dor derivada de procedimentos médicos deve ser tida em conta, pois afecta os limitados recursos emocionais das crianças e influencia negativamente a qualidade de vida destas. Referem ainda que idealmente as respostas emocionais devem ser tratadas antes dos procedimentos médicos a fim de se poder reduzir o tempo gasto pelo pessoal, o tempo de resposta ao tratamento e o incumprimento das prescrições terapêuticas.

Navegando ainda mais no pequeno rio do nosso estudo, chegamos a uma pequena enseada onde tentámos compreender quais os comportamentos da criança aquando da aplicação do produto em estudo.

Pela análise das respostas podemos concluir que, embora não sendo estatisticamente significativos, os comportamentos da criança foram, na sua maioria, positivos. Dezasseis das crianças observadas, num universo de vinte, apresentaram comportamentos positivos; destas, 9 quando utilizavam o medicamento simples e 7 quando este era associado. Apenas 4 das crianças observadas apresentavam comportamentos negativos.

Esta visão está de acordo com o que nos é referido na revista *Pediatrics* (2003) após um estudo feito com Livopan® associado ao creme EMLA “EMLA e Livopan® são igualmente eficazes em crianças com mais de 7 anos de idade para a redução da dor durante a punção venosa. O Livopan® tem uma vantagem adicional sobre o EMLA na modificação de comportamentos relacionados à dor devido à sua propriedade ansiolítico - sedativo. Uma combinação de EMLA e Livopan® fornece uma excelente redução da dor”.

Finalmente desaguamos no grande mar do nosso desafio, que era saber a opinião dos profissionais de saúde relativamente ao medicamento em estudo. Tarefa difícil será a de justificar as respostas dadas pelos nossos inquiridos e fundamentar os nossos resultados.

Partimos de um pressuposto de que o produto em estudo era benéfico, quer para os profissionais de saúde quer para as crianças, embrenhámo-nos na pouca literatura que tínhamos disponível e tudo apontava nesse sentido. Eis que, porém, o nosso estudo nos vem dar uma outra visão.

Pela análise dos resultados obtidos a opinião está dividida. Podemos concluir que 10 dos inquiridos tem opinião positiva e nove tem opinião negativa. Como justificar esta divisão é o que se impõe. Podemos pois referir que pode dever-se esta divisão à pouca experiência com o produto, aos poucos casos observados ou, quiçá, à falta de oportunidade referida por 9 dos inquiridos. Não obstante o nosso resultado, acrescentamos aqui algumas notas acerca de várias pesquisas por nós encetadas e que desdizem um pouco os resultados por nós encontrados .

Uma delas é-nos apresentada na revista (EMERGENCY MEDICINE 2003), que refere que o Livopan® dispõe de um mecanismo não-invasivo, com muito poucos efeitos colaterais ou contra-indicações, é de simples utilização e tem um rápido início, aproximando-se do agente ideal analgésico para uso em medicina de emergência. É uma forma segura e eficaz de tratamento em atendimento pré-hospitalar, salas de parto e departamentos de emergência, e que incorpora mecanismos capazes de garantir a sua segurança.

Fazendo a compilação de vários estudos contemplados na bibliografia apresentada, podemos fazer uma pequena resenha da eficácia do produto. Assim, referem os estudos que, para além de seguro, possui outras propriedades importantes, como curto tempo de indução, mínimos efeitos colaterais, rápido efeito sistémico, alívio eficaz e fácil administração. Para além de promover a economia de tempo durante os procedimentos e não causar dependência.

Através da inalação, a criança não sente dor ao passar por procedimentos como o tratamento de queimaduras, punção lombar, redução de fraturas, suturas e outros que costumam ser traumáticos. O seu efeito amnésico e ansiolítico aumenta a receptividade a futuros procedimentos além de agilizar o atendimento.

CAPÍTULO 6- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

“Éxito - Porquê essas variações de carácter? Quando fixarás a tua vontade em alguma coisa? - Acaba com o teu gosto pelas primeiras pedras, e assenta a última ao menos num dos teus projectos”. (Josemaría Escrivá)

Após percorrermos pouco a pouco este leito de saber e de experiências, urge a necessidade, premente, de tirar as respectivas conclusões. O estudo por nós idealizado, nascia da necessidade de conhecer a opinião dos profissionais de saúde, na aplicação do Livopan® nos procedimentos dolorosos em crianças. Veiculando-se e amadurecendo em vertentes diversas, como os procedimentos em que era aplicado, os comportamentos da criança, e a reação observada após a aplicação, e embatendo em barreiras como a emergência de cuidados num serviço de urgência assim como alguns dos mitos ainda presentes relativamente à analgesia em utentes pediátricos, tudo isto emanou e resplandeceu num pequeno universo de conclusões, que se impõem apresentar.

O produto é aplicado por um número pequeno de profissionais de saúde, a justificação dada é não ter existido oportunidade ou não haver necessidade de aplicação do mesmo. Ele é utilizado quer em procedimentos invasivos quer não invasivos. Os profissionais que observaram ou incrementaram o uso do produto têm, em relação ao produto, uma opinião de dualidade, metade da amostra tem uma opinião positiva e a outra metade uma opinião negativa. Não é possível estabelecer uma conclusão sobre a eficácia e eficiência do produto, mas não era esta a pretensão do estudo, mas sim o desejo de modificar comportamentos.

Estamos cientes que enriquecemos pela leitura e consulta de estudos idênticos, e encontramos-nos mais despertos para agitar consciências e caminhar no sentido de tornar menos dolorosa a passagem da criança pelo serviço de urgência Pediátrica do CHTV.

Apresentando este estudo no respectivo serviço e alargando-o a estudos posteriores e de comparação, pensamos levar a bom porto o nosso propósito e tornar o uso do Livopan uma constante da prática diária dos enfermeiros e médicos deste Centro hospitalar, nomeadamente no serviço de urgência Pediátrica.

No que diz respeito às implicações para a prática, embora fosse necessário ter acesso a mais ensaios clínicos sobre esta intervenção, esta revisão concluiu sobre a eficácia do Livopan® em utentes Pediátricos submetidos a procedimentos médicos invasivos e dolorosos, visto os seus comportamentos serem de índole psicológica e não tanto física.

No que atenta às implicações para a investigação, podemos dizer que como resultado da experiência deste estudo, e atendendo a que todo o ensaio clínico é um dado potencial para uma meta análise, sugerimos:

- Que o mesmo estudo seja realizado novamente após utilização num maior número de situações para comprovar a sua verdadeira eficácia
- Desenvolver um conjunto de recomendações acerca dos procedimentos em que há necessidade real de aplicação do produto
- Relatar esta avaliação para uma tomada de conhecimento acerca da necessidade de aplicação do produto em mais procedimentos dolorosos.

No final deste estudo podemos dizer que talvez não sejamos capazes de construir um palácio mas conseguimos edificar a primeira pedra. E como tudo o que é mudança gera controvérsia estamos cientes que esse castelo levará ainda muito tempo a erguer-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAND, K. J. S.; HICKEY, P. R.; Pain and its effects in human neonate and fetus. *N. Engl J. Med.* 1987; 317:1321-9.

ANNEQUIN Daniel- Fixed 50% Nitrous Oxide Oxygen Mixture for Painful Procedures: A French Survey *Pediatrics* 2000;105;e47 10.1542/pag 105.4.e47

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE-ICNP; versão Beta 2: Outubro 2002, Lisboa:IGIF

ARRAMBIDE, M.S; E - valoración de la ansiedad Y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología *Pediatría An Esp .Pediátrica* vol572002

BARROS, Luisa – As consequências psicológicas da hospitalização infantil : prevenção e controle. *Análise psicológica*, vol I. Lisboa: Climepsi Ed, 1998

BOLANDER, Verolyn SORENSEN, Barnes – *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1º Edição. Lisboa, 1998

CARBAJAL Ricardo, EMLA Cream and Nitrous Oxide to Alleviate Pain Induced by Palivizumab (Synagis) Intramuscular Injections in Infants and Young Children *Pediatrics* 2008;121;e1591-e1598

CARLSON, K.L. (et al) – using distraction to reduce reported pain fear and behavioral distress in children and adolescents: a multisite study. *Journal for specialists in Pediatric nursing*. Nº 5 (2), pp 75-85, 2000.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA : academia das ciências de Lisboa – *Fundação Calouste Gulbenkian* . Lisboa : Verbo, cop. 2001. volume I (A-F) e volume II (G-Z) . ISBN 972-22-2046-2 (obra completa).

DIAMOND, A. W. ; CONIAN, S. W.- *Controlo da dor*: 1º edição, Lisboa: Climepsi editores, 1997, ISBN 972-97250-6-3

DUARTE R., Comparison of the sedative, cognitive, and analgesic effects of nitrous oxide, sevoflurane, and ethanol- *British Journal of Anaesthesia* 100 (2): 203–10 (2008)

doi:10.1093/bja/aem369

EMMANOUIL Dimitris E., *Advances in Understanding the Actions of Nitrous Oxide Anesth Prog* 54 2007 pag 9-18

ENGEL, Joyce- *Avaliação em Pediatria*; Reichmann e Affonso Editora, Rio de Janeiro, 2002

FADDY, S C ;GARLICK S R- A systematic review of the safety of analgesia with 50% nitrous oxide: can lay responders use analgesic gases in the prehospital setting? *Emerg Med J* 2005;22: pag 901–906

FERNANDES, E.V. – *Sociopsicologia da comunicação humana*. Vagos: edipanta, Ida, 2000.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de Investigação: da Concepção à realização*. Tradução de Nídia Salgueiro. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2006; ISBN: 972-8383-10-X.

FRANCK L. S.;GREENBERG, C. S.,STEVENS, B.; Pain assessment in infants and children. in *Acute Pain in Children – Pediatr. Clin. North Am.* 2000; 47: 487-512.

FRITZGERAL, M – The development of pain mechanisms- in *Br. Med. Bull*, nº 47, 1995

FRENANDEZ;J,P- *Urgências en pediatria*,3º ed ,editora Ergon,Madrid,2002

GOODENOUGH, B.; KAMPEL, L.; CHAMPION, G.D.et al; An investigation of the placebo effect and age-related factors in the report of needle pain from venipuncture; In: children. *Pain* 1997; 72:383-91.

GABRIELLE, Jacklin Eler; JAQUES, André Estevam *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor* *Arq. ciências saúde UNIPAR*;10(3):185-190, set.-dez. 2006.

HOCKENBERRY.Y.Marilyn-Wong; - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.7ºEd.Rio de Janeiro:Elsevier,2006

HUALT, G.(et al) – Pediatria E Neonatologia De Urgência. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1987.

HWAN- ING Hee Frca - Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide, EMLA and combination Paediatric Anaesthesia 2003 13: 210–216

JORGE, A.M. – A família e hospitalização da criança:(re) pensar o cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2003.

LISSAUER,T;CLAYDEN,G- Manual ilustrado de pediatria.2º Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2003. ISBN0-7234-3178

LOBO,Victor Amável da Costa Ferreira - Assistência ao doente oncológico com dor em fase terminal. Coimbra sinais vitais, Formasau nº20, Setembro de 1998 pag 21-27

MARQUES, Paulo- Ensaio sobre os estágios de enfermagem em contexto hospitalar. Porto; 2004

MULLER, André; SCHWETTA, Martine - cuidados de enfermagem e dor. Loures-Lusociência ISBN 972-8383-32-0;2002

OLIVEIRA, Carolina, Ferreira, Perreira de – procedimentos de enfermagem dolorosos: respostas de mães e enfermeiras numa unidade Pediátrica.Porto:Universidade do Porto.Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

PERSHAD Jay,-Cost-effectiveness Analysis of Anesthetic Agents During Peripheral Intravenous Cannulation in the Pediatric Emergency Department arch pediatr adolesc med/vol 162 (no. 10), oct 2008

PERRY,A.; POTTER, P. – Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procediemntos. 5º edição. Loures:Lusociência, 2006.ISBN 972-8930-24-0

PORTUGAL. Ministério da saúde . DGS-Plano nacional de luta contra a dor .Lisboa; DGS, 2001.60p.ISBN972-9425-95-7

RHUDY, J.L.; GRIMES, J.S.; MEAGHER, M.W.; Fearinduced hypoalgesia in humans: effects on low intensity thermal stimulation and finger temperature. *Journal of Pain*, v.5, n.8, p.458-68, Oct. 2004.

SALGUEIRO, E. – A intervenção psicológica na dor da criança, 2010. (texto policopiado.)

SANTOS, A.S.C. – sobre o choro: análise de perspectivas teóricas.análise psicológica, 3 (XVIII),PP.325-334,2000.

SAÚDE, direcção geral- urgências no ambulatório em idade pediátrica, , Lisboa 2005, volumell

SCHWOB, Marc – A Dor .Lisboa: Instituto Piaget,1994

SERRALTA Bou, V; VALLBONA Afonso, E; ESCÁMEZ Martínez J ; CARCHANO Monzo, A; *Servicio de Urgencias Hospital Virgen de los Lirios - Alcoi*

SERRANO,Sandra Caires- a importancia da mensuração da dor na escolha de opioides na dor crónica - âmbito hospitalar, ano XIV,nº156.Outubro de 2002;pag14 a 17

SILVA, Yerkes, Pereira; SILVA, Josefino, Fagundes, da – Dor em Pediatria. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, S.A., 2006.

SULLIVAN Í O, Bengner J - Nitrous oxide in emergency medicine- *Emerg Med J* 2003;20:214–217

ZIER , Judith L., - Case-Series of Nurse-Administered Nitrous Oxide for Urinary Catheterization in Children: *international Anesthesia Research society* Vol. 104, No. 4, April 2007 pag 876-879

ZENPSKY, William-alivio da dor e da ansiedade em doentes pediátricos nos sistemas médicos de emergência.*Pediatrics*.Lisboa.vol12,nº11 (Dez 2004),p632-642

ZIER Judith L. - Level of Sedation with Nitrous Oxide for Pediatric Medical Procedures May 2010 • Volume 110» Number 5

VATER Mair; HESSELL Debra – Nitrous Oxide and Oxygen Mixture (Entonox®), and Acute Procedural Pain Paediatric and Perinatal Drug Therapy, 2000;pag35-44

WALCO; G.A.; CONTE, P.M.; LABAY, L.E.; ENGEL, R.; ZELTZER, L.K.; Procedural distress in children with cancer: self-report, behavioral observations, and physiological parameters. Clin J Pain. 2005;21:484-90.

http://www.revistafator.com.br/ver_noticia.php?not=140328

<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE%20Dados%20Estatísticos%20-%202000-2010.pdf> disponível em 11 de Outubro 2011

<http://www.pacientesonline.com.br/industria/medicamentos/item/8488-> disponível em 8 outubro 2001

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O meu nome é Cesaltina Rodrigues, telemóvel 968017209, aluna do Curso de mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu e venho pedir a sua colaboração no preenchimento deste questionário para a realização de um estudo sobre a eficácia do “livopan” (50% Protóxido de Azoto e 50% Oxigénio.) nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos. Este questionário é confidencial e anónimo.

Agradeço que responda de forma clara à totalidade das questões, com sinceridade, para que este estudo seja o mais fiável possível.

I – DADOS DEMOGRÁFICOS

Pedimos-lhes agora informações específicas acerca de si próprio. Estas informações são fundamentais para a análise dos dados. Mais uma vez as informações são confidenciais, só tendo acesso a elas a equipa de trabalho desta investigação.

1- Idade: Anos _____

2- Sexo: M F

3- Habilitações Académicas:

4- Categoria profissional

5- Tempo de serviço : Anos _____

5.1- Tempo de serviço na área de pediatria : _____ Anos

II – OPINIÃO ACERCA DO “livopan” (50% Protóxido de Azoto e 50% Oxigénio)

6- Já utilizou livopan?

Nunca	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Mais vezes (quantas)

6.1- Se nunca utilizou já assistiu á utilização do produto

Nunca	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Mais vezes (quantas)

7- Se nunca utilizou livopan qual a razão?

Pouca informação	Pouca confiança	Receio dos efeitos secundários

Outra razão: qual? _____

8- Qual a (s) idade (s) da(s) criança(s)?

9- Em que situações aplicou o livopan?

Punção lombar	Limpeza de feridas	Queimados	Entubações	Punções venosas

Outra situação / qual? _____

10- Qual a reacção da criança após aplicação do produto?

1º criança

Cesaltina Rodrigues 2011

Manteve-se inalterada	Ficou Mais irritada	Ficou Mais calma	Ficou mais ansiosa

2º criança

Manteve-se inalterada	Ficou Mais irritada	Ficou Mais calma	Ficou mais ansiosa

3º criança

Manteve-se inalterada	Ficou Mais irritada	Ficou Mais calma	Ficou mais ansiosa

Outra reacção / qual? _____

11- Utilizou o livopan simples ou associado a outra substância?

1º criança

Simple	Lidocaina spray	Lidocaina injectável	Morfina	Diazepan	EMLA

2º criança

Simple	Lidocaina spray	Lidocaina injectável	Morfina	Diazepan	EMLA

3º criança

Simple	Lidocaina spray	Lidocaina injectável	Morfina	Diazepan	EMLA

Outra substância / qual? _____

12- Qual a situação/ comportamento da criança aquando da aplicação do produto? (indique com uma X a avaliação que efectuou em cada item na respectiva linha de continuidade)

1º criança

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

Tensa								Relaxada
Assustada								Tranquila
Recusa da mascara								Aceitação da máscara
Incapacidade de inspiração								Capacidade de inspiração
Irritado								Calmo
Colaborante								Não colaborante

2º criança

	1	2	3	4	5	6	7	
Tensa								Relaxada
Assustada								Tranquila
Recusa da mascara								Aceitação da máscara
Incapacidade de inspiração								Capacidade de inspiração
Irritado								Calmo
Colaborante								Não colaborante

3º criança

	1	2	3	4	5	6	7	
Tensa								Relaxada
Assustada								Tranquila
Recusa da mascara								Aceitação da máscara
Incapacidade de inspiração								Capacidade de inspiração
Irritado								Calmo
Colaborante								Não colaborante

Outra situação / comportamento: qual? _____

**13- Quais as reacções que observou?
1º criança**

Nenhuma	
Vómitos	
Náuseas	
Agitação	
Alucinações	
Ansiedade	
Confusão	
Depressão do sistema respiratório	
Amnésia	

2º criança

Nenhuma	
Vómitos	
Náuseas	
Agitação	
Alucinações	
Ansiedade	
Confusão	
Depressão do sistema respiratório	
Amnésia	

3º criança

Nenhuma	
Vómitos	
Náuseas	
Agitação	
Alucinações	

Ansiedade	
Confusão	
Depressão do sistema respiratório	
Amnésia	

Outra reacção: qual? _____

14- Qual o tempo médio do tratamento?

	< 5 minutos	De 5 a 10 minutos	De 10 a 20 minutos	> 20 minutos
1º criança				
2º criança				
3º criança				

15 - Qual o tempo de recuperação

	< 5 minutos	De 5 a 10 minutos	De 10 a 20 minutos	> 20 minutos
1º criança				
2º criança				
3º criança				

16 - Qual a sua opinião na aplicação do livopan? (indique com uma X a avaliação que efectuou em cada item na respectiva linha de continuidade)

	1	2	3	4	5	6	7	
Eficiente								Ineficiente
Útil								Inútil
Eficaz								Ineficaz

Agradável								Desagradável
Rápido								Lento
Fácil								Difícil
Benéfico								Prejudicial
Valioso								Sem valor
Suportável								Insuportável
Adequado								Inadequado

Outra opinião / qual? _____

Muito Obrigada pela sua colaboração

Cesaltina Rodrigues

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Ao Exmo. Director do Instituto de Pediatria e Ginecologia
 e Coordenadora de Pediatria e Urgência Pediátrica
 para *superar*
 26/05/11
 Instituto Politécnico de Viseu
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo 3500-843 VISEU
 Telf. 232 419 100
 Telem. 961 011 1000
 Fax 232 428 343
 Proc.º 70 M 603

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
 CHTV, EPE
 Av. Rei D. Duarte
 3504-509 Viseu

Autorizado
 13/05/11

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 564	Data: 19/05/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Cesallina Pereira Rodrigues do 1º ano do 1º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Utilização do protoxido de azoto em procedimentos dolorosos na criança: percepção de enfermeiros e médicos".

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de 30 de Maio a 20 de Junho de 2011.

O estudo tem como objectivos:

- ✓ Identificar as situações em que o produto é aplicado;
- ✓ conhecer as principais dificuldades na sua aplicação;
- ✓ Identificar os motivos pelo qual o produto é ou não é aplicado;
- ✓ Identificar quais os efeitos secundários observados;
- ✓ Identificar a opinião dos profissionais de saúde na eficácia e eficiência da aplicação do produto.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de recolha de dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Amarilis Rocha, é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Hospital de São Tomé - Viseu
 Documento nº 1172
 26/05/2011 h
 30/05/2011 h
 13/06/2011 h
 Vice-Presidente da ES
 Prof. Doutor Daniel Silva

AP/AL

ANEXO II – DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959

PREÂMBULO

CONSIDERANDO que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, a sua fé nos direitos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e que resolveram favorecer o progresso social e instaurar melhores condições de vida numa liberdade mais ampla;

CONSIDERANDO que as Nações Unidas, na Declaração dos Direitos do Homem, proclamaram que todos gozam dos direitos e liberdades nela estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião pública ou de outra natureza, origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou outra condição;

CONSIDERANDO que a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento;

CONSIDERANDO que a necessidade de tal protecção foi proclamada na Declaração de Genebra dos Direitos da Criança de 1924, e reconhecida na Declaração Universal do Homem e nos estatutos de organismos especializados e organizações internacionais interessadas no bem-estar da criança;

CONSIDERANDO que a Humanidade deve à criança o melhor dos seus esforços,

A Assembleia-Geral

Proclama esta Declaração dos Direitos da Criança com vista a uma infância feliz e ao gozo, para bem da criança e da sociedade, dos direitos e liberdades aqui estabelecidos e com vista a chamar a atenção dos pais, enquanto homens e mulheres, das organizações voluntárias, autoridades locais e Governos nacionais, para o reconhecimento dos direitos e para a necessidade de se empenharem na respectiva aplicação através de medidas legislativas ou outras progressivamente tomadas de acordo com os seguintes princípios:

Princípio 1º

A criança gozará dos direitos enunciados nesta Declaração. Estes direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação.

Princípio 2º

A criança gozará de uma protecção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança.

Princípio 3º

A criança tem direito desde o nascimento a um nome e a uma nacionalidade.

3 de 5

Princípio 4º

A criança deve beneficiar da segurança social. Tem direito a crescer e a desenvolver-se com boa saúde; para este fim, deverão proporcionar-se quer à criança quer à sua mãe cuidados especiais, designadamente, tratamento pré e pós-natal. A criança tem direito a uma adequada alimentação, habitação, recreio e cuidados médicos.

Princípio 5º

A criança mental e fisicamente deficiente ou que sofra de alguma diminuição social, deve beneficiar de tratamento, de educação e dos cuidados especiais requeridos pela sua particular condição.

Princípio 6º

A criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade. Na medida do possível, deverá crescer com os cuidados e sob a responsabilidade dos seus pais e, em qualquer caso, num ambiente de afecto e segurança moral e material; salvo em circunstâncias excepcionais, a criança de tenra idade não deve ser separada da sua mãe. A sociedade e as autoridades públicas têm o dever de cuidar especialmente das crianças sem família e das que careçam de meios de

subsistência. Para a manutenção dos filhos de famílias numerosas é conveniente a atribuição de subsídios estatais ou outra assistência.

4 de 5

Princípio 7º

A criança tem direito à educação, que deve ser gratuita e obrigatória, pelo menos nos graus elementares. Deve ser-lhe ministrada uma educação que promova a sua cultura e lhe permita, em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social e tornar-se um membro útil à sociedade.

O interesse superior da criança deve ser o princípio directivo de quem tem a responsabilidade da sua educação e orientação, responsabilidade essa que cabe, em primeiro lugar, aos seus pais.

A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a actividades recreativas, que devem ser orientados para os mesmos objectivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.

Princípio 8º

A criança deve, em todas as circunstâncias, ser das primeiras a beneficiar de protecção e socorro.

Princípio 9º

A criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração, e não deverá ser objecto de qualquer tipo de tráfico. A criança não deverá ser admitida ao emprego antes de uma idade mínima adequada, e em caso algum será permitido que se dedique a uma ocupação ou emprego que possa prejudicar a sua

5 de 5
saúde e impedir o seu desenvolvimento físico, mental e moral.

Princípio 10º

A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Deve ser educada num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade universal, e com plena consciência de que deve devotar as suas energias e aptidões ao serviço dos seus semelhantes.

