

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





Dedico este trabalho à minha família



## **Agradecimentos**

A elaboração desta tese não seria possível sem o incentivo, apoio, orientação e colaboração de várias pessoas às quais expresso o meu mais sincero e profundo agradecimento.

À Professora Doutora Ernestina Batoca Silva e Professora Doutora Maribel Carvalhais pela constante disponibilidade, motivação, paciência e confiança.

À minha mãe, por me dar, de forma especial, força para vencer os obstáculos.

Ao Daniel, pela paciência, pelo apoio e pelo carinho.

Ao meu pai e aos meus irmãos por todo o apoio e esforço demonstrado para me ajudar a atingir os meus objetivos.

Ao Tiago por todos os sorrisos.

Aos meus colegas, que ao longo desta etapa me incentivaram, me deram força e fé para dar o meu melhor.

Aos meus colegas de Curso, em especial à Joana Costa, por serem parte deste percurso acompanhando-me na alegria e no cansaço.

À equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

À Manuela, Raquel, Christina, Ana e Isabel pelo apoio e ajuda.

A todos os cuidadores que gentilmente e com amabilidade participaram nas entrevistas e a todos os que contribuíram para a concretização deste estudo.



## Resumo

O alívio da dor é uma das maiores preocupações dos cuidadores das crianças (Rossato, Angelo, & Silva, 2007). Apesar dos indicadores comportamentais que os cuidadores identificam, existem ainda algumas dificuldades para a avaliação e adoção de medidas de alívio da dor na criança (Bernardes & Castro, 2010).

Este trabalho tem como principal objetivo identificar as experiências dos cuidadores face à dor na criança que recorre ao serviço de urgências.

Quanto à metodologia utilizada este é um estudo qualitativo, exploratório-descritivo e fenomenológico, numa amostra de 16 cuidadores de crianças com idades entre os 3 e os 10 anos, que recorreram ao Serviço de Urgências Pediátricas de um Centro Hospitalar da Zona Centro de Portugal, entre fevereiro e março de 2016, por situação de dor. Utilizamos a entrevista semiestruturada e efetuamos análise de conteúdo.

Como principais resultados verificamos que a dor musculoesquelética e a relacionada com otorrinolaringologia são apontadas como motivo de ida à urgência por 44.1% dos cuidadores. As queixas algícas e as alterações de movimentos e posturas corporais são os significados de dor que os cuidadores mais referem (31.5%). As medidas farmacológicas foram referidas em 69.3%, sendo a combinação destas e das medidas não farmacológicas referidas por 25.2%. Apuramos que 50% dos cuidadores não têm informação suficiente para administrar medicação à criança com dor.

Apesar dos vários estudos já desenvolvidos acerca da temática de dor nas crianças, verificamos que não existem estudos que analisem de que forma os cuidadores percecionam a dor nas crianças. Com o estudo ficamos a compreender as experiências dos cuidadores no cuidar da criança com dor. É necessário melhorar a capacitação dos cuidadores nos processos de transição à doença e aumentar o nível de literacia sobre a dor, dando maior ênfase ao papel do enfermeiro nestas áreas.

Palavras-chaves: Criança; Cuidadores; Dor



## **Abstract**

The pain relief is one of the principal concerns of the caregivers of children (Rossato, Angelo & Silva, 2007). Despite the fact that behavior indicators that caregivers identify, still exists some difficulties to evaluate and adopt measures on pain relief on children (Bernandes & Castro, 2010).

This document has as primary objective identify the experiences of caregivers about pain on children that make use of the urgency services.

Regarding the used methodology this is a qualitative study, descriptive-exploratory and phenomenological, on a sample of 16 caregivers with children on ages between 3 and 10 years old, that make use of the Pediatric Urgency Services of a Hospital Center at the Central Zone of Portugal, between February and march of 2016, on pain situation. We use a semistructured interview and made content analysis.

As main results we found that muscular-skeletal and otorhinolaryngological pain are among the causes to make use of urgency services to about 44.1% of the parents. Algic complaints and corporal movement and posture alterations are the signals of pain referred by parents (31.5%). Pharmacological measures where pointed by 69.3%, about 25.2% of interviewed parents made use of combinations of pharmacological an nonpharmacological measures. We find that 50% of the caregivers don't have enough information to give medication to children with pain.

Despite the many existing develop studies about the children pain thematic, we found that there are not studies that analyse the way caregivers perceive the pain on children. With this study we understand the experiences of the parents on children with pain care. Is necessary increase the capacitation of the parents on the processes of transition of the disease and increase the level of available literature, giving more emphasis on the nurse rule on this areas.

Keywords: Child; Caregivers; Pain



## Sumário

<b>Introdução</b> .....	19
<b>1 – História da dor</b> .....	21
1.1– História da dor pediátrica.....	22
<b>2 – A criança com dor</b> .....	25
2.1 – Etiologia da dor na criança .....	25
2.2 – Avaliação da dor .....	26
<b>2.2.1 – Escalas de avaliação da dor</b> .....	26
<b>2.2.2 – Autorrelato</b> .....	29
<b>2.2.3 – Indicadores comportamentais</b> .....	29
2.3 – Controlo da dor em pediatria .....	29
<b>2.3.1 – Medidas Farmacológicas</b> .....	30
<b>2.3.2 – Medidas Não Farmacológicas</b> .....	31
<b>3 – Ser cuidador da criança com dor</b> .....	33
3.1 – Modelo socio-comunicacional da dor .....	33
3.2 – Perceção dos cuidadores em relação aos indicadores comportamentais sugestivos de dor.....	34
3.3 – Perceção dos cuidadores em relação às medidas a adotar para controle da dor.....	35
<b>4 – Material e métodos</b> .....	37
4.1 – Tipo de estudo .....	37
4.2 – Objetivos.....	37
4.3 – Questões de investigação .....	38
4.4 – População e amostra.....	38
<b>4.4.1 – Caracterização da Amostra</b> .....	39
4.5 – Instrumentos de colheita de dados.....	40
<b>4.5.1 – Entrevista semi-estruturada</b> .....	40
<b>4.5.2 – Pré-Teste</b> .....	41

4.6 – Procedimentos éticos.....	41
4.7 – Tratamento de dados estatísticos.....	42
<b>5 – Apresentação e análise de dados .....</b>	<b>43</b>
<b>6 – Discussão dos resultados .....</b>	<b>51</b>
<b>7 – Conclusões e sugestões .....</b>	<b>55</b>
<b>8 – Referências bibliográficas .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 1 - Guião da entrevista .....</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 2 - Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE.....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo 3 - Consentimento informado dirigido aos entrevistados .....</b>	<b>71</b>

## **Lista de Figuras**

<b>Figura 1</b> - Escala de faces revista.....	27
<b>Figura 2</b> - Escala de faces WONG-BAKER .....	27
<b>Figura 3</b> - Escala visual analógica .....	28
<b>Figura 4</b> - Escala numérica .....	28
<b>Figura 5</b> - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Portugal, 2010).....	28
<b>Figura 6</b> - Modelo sócio comunicacional da dor de CRAIG .....	34



## **Lista de Quadros**

**Quadro 1** - Medidas não farmacológicas ..... 32

**Quadro 2** - Critérios de inclusão e exclusão da amostra ..... 39



## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> - Tipo de dor que fez recorrer ao serviço de urgência .....	43
<b>Tabela 2</b> - Número de vezes que recorre ao serviço de urgência no último ano .....	44
<b>Tabela 3</b> - Indicadores comportamentais sugestivos de dor na criança .....	45
<b>Tabela 4</b> - Medidas tomadas pelos cuidadores para aliviar a dor da criança .....	46
<b>Tabela 5</b> - Medidas que os cuidadores conhecem para aliviar a dor da criança .....	46
<b>Tabela 6</b> - Medicação administrada pelos cuidadores às crianças para alívio da dor .....	47
<b>Tabela 7</b> - Razões dos cuidadores para não administrar medicação para alívio da dor às crianças .....	47
<b>Tabela 8</b> - Tabela cruzada da administração de medicação com as características sociodemográficas do cuidador e idade da criança.....	48



## Introdução

As experiências e relatos de dor existem desde o início dos tempos bem como a necessidade da sua compreensão e tratamento. Ao longo dos anos, o conceito médico acerca da dor foi evoluindo de um modelo completamente sensitivo para outro psicogénico, na convicção de que as pessoas cronicamente doentes passariam melhor se fossem informadas acerca da sua doença, submetidas a técnicas de abordagem psicológica e anti-stress e apoiadas quer individualmente quer em grupo, principalmente quando associados aos tradicionais modelos de terapêutica biomédica.

Em ambiente hospitalar a dor é uma constante, sendo um dos principais motivos pelos quais as crianças recorrem aos serviços de urgência, sendo o seu controlo prioritário, por razões de natureza ética, clínica e económica.

O direito a não sofrer é inerente a todas as pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar (Batalha, 2013). Segundo a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

De acordo com Batalha (2010, p.20) “os enfermeiros reconhecem a evidência de que a avaliação da dor é o primeiro passo para o seu eficaz controlo”, sendo que esta se torna ainda mais complexa consoante as diferentes faixas etárias. Cabe, pois, aos profissionais de saúde avaliar a dor e perceber a sua fisiologia, mas é também fundamental a perceção da dor por parte dos cuidadores, uma vez que estes interagem com a criança diariamente, conhecendo a sua forma de comunicar, expressões faciais, entre outras características que importam na avaliação da dor. Não obstante, a experiência hospitalar e alguns investigadores demonstram que nem sempre os cuidadores atentam à dor na criança, procurando minimizá-la com a administração de analgésicos (Rony, Fortier, Chorney, Perret & Kain, 2010).

Constatou-se, através da prática clínica diária, no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Baixo Vouga, local onde me encontro atualmente a exercer funções como enfermeira, que a dor é por vezes menosprezada e não valorizada pelos seus cuidadores. Devido a esta realidade me suscitou alguma inquietação procurou-se, com este estudo, identificar as lacunas existentes na avaliação e tratamento da dor por parte do cuidador da criança.

Com o intuito de se compreender “Qual a perceção que o cuidador tem, sobre a dor que a criança refere”, decidiu-se optar por um estudo de investigação qualitativo, tipo descritivo, nível II. O objectivo geral consiste em identificar as experiências dos cuidadores face à dor na criança que recorre ao serviço de urgência.

Assim, a finalidade deste estudo consiste em fornecer pistas no sentido de melhor se compreenderem as experiências dos pais no cuidar da criança com dor, melhorar a capacitação dos pais nos processos de transição à doença e aumentar o nível de literacia sobre a dor.

Após a revisão da literatura e informação recolhida, foram elaborados os instrumentos de colheita de dados que permitiram recolher informação. A entrevista semiestruturada foi o instrumento escolhido e foi aplicada no Centro Hospitalar Baixo Vouga, Serviço de Urgência Pediátrica. A recolha de dados foi objeto de tratamento qualitativo e quantitativo.

O presente trabalho está estruturado em 3 partes distintas: na primeira é feita uma revisão bibliográfica sobre a história da dor pediátrica, a etiologia, a avaliação e o controlo da dor na criança e ser cuidador da criança com dor; na segunda parte apresenta-se o processo metodológico com enquadramento do tema, questão de investigação, tipo de estudo e tratamento de dados. Na parte final, apresentam-se os resultados, as conclusões do estudo e a bibliografia.

## 1 – História da dor

O processo de dor é uma preocupação do Homem e diferentes percepções culturais têm surgido ao longo da história da humanidade acerca deste processo.

Desde o Homem pré-histórico que aparentemente, tinha muita dificuldade para compreender a dor e imaginava que ela pudesse ser causada por maus espíritos, até ao século XXI, onde a dor é uma prioridade no planeamento terapêutico de todos os doentes, este sinal vital constitui um fenómeno universal que acompanha a humanidade ao longo da sua evolução.

O Homem pré-histórico acreditava que a dor advinha de deuses que enviavam forças negativas. Centenas de crânios, alguns datando até 7000 A.C., foram encontrados com perfurações destinadas a “deixar a dor sair”, ou para libertar os maus espíritos, pois nesta altura aceitava-se que estes estavam aprisionados na caixa craniana, causando dor (Silva et al, 2006 como citado em Alves, 2010).

Os egípcios antigos acreditavam que o coração e os vasos sanguíneos estavam envolvidos na origem da dor. Relativamente ao tratamento, este povo deixou uma marca importante através da redação de papiros que revelaram a existência de uma grande variedade de fármacos, nomeadamente analgésicos e tranquilizantes (Silva et al., 2006 como citado em Alves, 2010).

O povo grego foi o primeiro a avançar com a ideia que o cérebro e o sistema nervoso tinham um papel fundamental na produção e percepção da dor. O tratamento escolhido para o seu alívio era constituído por *pharmakon* “medicamento ou veneno”, dieta, terapia pela palavra, música e banhos (Portinoi, 2011).

Na idade média, a dor era aceite pela sociedade. “*No século XIV, Bernard de Gordon, em seu tratado sobre a preservação da vida humana, afirma que a infância é caracterizada pelas atividades prazerosas e a velhice pela reflexão, havendo entre elas uma idade de trabalho duro e aflição, devido ao pecado original, como descrito no Génesis*” (Salmón, 2006 como citado em Alves, 2010, p.2)

Foi nesta altura que Bernard de Gordon, no seu tratado sobre a preservação da vida humana, afirmou que a infância era caracterizada pelas atividades prazerosas e a velhice pela reflexão, havendo entre elas uma idade de trabalho duro e de aflição, incluindo a dor.

Na Renascença, século XVI, o pensamento científico seguiu-se pelos conceitos de Leonardo Da Vinci sobre a anatomia e fisiologia das sensações: o centro da dor localizava-se no cérebro, os nervos eram considerados estruturas tubulares, a coluna espinal um condutor e a sensibilidade à dor estava relacionada ao tato (Kopf & Patel, 2010).

Já na Idade Clássica, século XVII, Descartes seguiu a filosofia galénica e considerou os nervos como tubos contendo um grande número de filamentos que formavam a sua medula, conectando a substância própria do cérebro, as terminações nervosas na pele e outros tecidos. Os estímulos sensoriais eram transmitidos ao cérebro através desses filamentos.

Durante o Iluminismo, metade final do século XVIII, a medicina defendia os trabalhos elaborados por Hipócrates e Aristóteles. A ideia que o coração era o centro das sensações continuou paralela à teoria em que o cérebro era o centro da percepção sensorial. Nesta época, começou-se a valorizar a observação, pelo que, se começou a compreender que as sensações eram produzidas e transmitidas. As tentativas de definição e mensuração da sensibilidade fizeram com que a dor passasse a ser vista como sinal de alarme e o interesse voltou-se para os tipos de dor, a sua localização, avaliação, mecanismos e relatos dos doentes (Portinoi, 2011).

No século XIX, os textos médicos atendiam à relação entre a dor física e mental. O interesse pelos aspetos concretos da dor foi consequência do desenvolvimento clínico, que precedeu o importante período de medicina experimental.

Várias teorias da dor surgiram durante o século XX. A mais importante é a dos psicólogos Ronald Melzack e Patrick D. Wall que descrevia que os mecanismos da medula espinal transmitiam os impulsos nervosos entre a periferia e o cérebro. Esta teoria implicava que o sistema nervoso central alterasse ativamente a transmissão dos impulsos nervosos (Kopf & Patel, 2010).

### 1.1 – História da dor pediátrica

Relativamente à história da dor pediátrica, na literatura médica, até 1960, não houve qualquer revisão formal acerca da mesma. Só em 1968, surgiu um trabalho que relatava que apenas duas em 60 crianças, submetidas a cirurgia, recebiam analgesia pós-operatória (Silva et al, 2006 como citado em Alves, 2010).

Eland, em 1977, identificou o subtratamento relativo à dor na criança e as enormes discrepâncias entre a abordagem efetuada nesta e no adulto. Contudo, o impacto deste trabalho foi limitado e só passados dez anos Mather e Mackie realizaram um estudo onde pesquisaram os prontuários de 170 crianças em período pós-operatório. Estes concluíram que em 16% destas crianças não havia prescrição de analgésicos e que, dos prescritos, 40% não foram administrados (Schechter et al, 1993 como citado em Alves, 2010).

Os fatos acima identificados devem-se a mitos e fantasias relacionados com a dor e o uso de analgésicos em crianças. De entre alguns apontados destacam-se: os recém-nascidos não sentem dor, as crianças pequenas não se lembram que têm dor, as crianças não verbalizam a dor, por isso não a sentem, as crianças metabolizam os opióides de forma diferente dos adultos e têm maior risco de depressão respiratória, as crianças desenvolvem rapidamente adição aos opióides (Schechter et al, 1993 como citado em Alves, 2010).

Só em 1987 é que ocorreu uma mudança de paradigma, quando se demonstrou que os prematuros submetidos a anestesia mínima, exibiam respostas de *stress* significativas, evidenciadas pelo aumento das catecolaminas, da hormona de crescimento, do glucagon e pela supressão da insulina. Esta pesquisa despoletou um maior interesse na área da dor pediátrica (Kopf & Patel, 2010).

Em 1997 surgiu a evidência de que a dor é importante para o bebé, ocorrendo diferenças significativas nos parâmetros fisiológicos e na mimica facial.

No ano de 2004 a Associação Internacional para o estudo da dor promoveu o primeiro dia global contra a dor. O evento chamou a atenção para o subtratamento da dor aguda e crónica no mundo e exigiu que este sinal vital fosse reconhecido como um problema de saúde pública. No ano seguinte, em 2005, o dia global contra a dor teve como tema “a dor na criança” (Kopf & Patel, 2010).

Embora se conheça muito sobre a fisiologia e a conduta da dor em crianças, muitas barreiras ainda bloqueiam a aplicação desse conhecimento à prática clínica. Além disso, há necessidade urgente de pesquisa para esclarecer os muitos aspetos que a dor assume em crianças, bem como, para compreender melhor a sua conduta.



## 2 – A criança com dor

A dor pediátrica constitui um desafio para os profissionais de saúde, existindo uma enorme complexidade em avaliar, tratar e compreender a dor como parte integrante no cuidado à criança, bem como nas suas distintas dimensões.

A Direção Geral de Saúde (2010, p.4) define dor como *“uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos”* salienta ainda que *“a dor acompanha de forma transversal a generalizada das situações que requerem cuidados de saúde”*.

A dificuldade na comunicação e os diferentes modos como as crianças respondem a eventos adversos fazem com que a avaliação da dor seja diferente para esta população. Historicamente, a criança tem recebido intervenções com menos sucesso para o controlo da dor, em comparação com os adultos, devido a esta não conseguir expressar ou comunicar a dor através de comportamentos (Oliveira, 2011).

As especificidades da dor pediátrica obedecem a fatores relacionados com a criança: a sua história de dor, nível de desenvolvimento; atitudes empáticas dos pais, perceção e atribuição de significado às vivências de dor, modelos e história de dor na família - fatores relacionados com o profissional de saúde tais como: sensibilidade, empatia, nível de conhecimento, perceção e atribuição de significados às experiências de dor; fatores do contexto: aspetos culturais (Chambers, 2003; Craig & Ridell, 2003; Marchand, 2012, como citado em Preto, 2014).

Refletir sobre a dor em contexto pediátrico, resulta da interação cruzada entre inúmeras variáveis, que formam a rede complexa no interior da qual a dor é gerida. Assim, este processo reveste-se de configurações distintas quanto às atividades que são realizadas, à sua sequência e natureza e ao trabalho conjunto entre a equipa médica, a equipa de enfermagem, crianças e cuidadores (Fernandes, 2010).

### 2.1 – Etiologia da dor na criança

Numa situação de dor, o organismo tem respostas fisiológicas e comportamentais, englobando dimensões do tipo sensorial-discriminativa, cognitiva-avaliativa e afetiva-motivacional (Sousa & Linhares, 2005, como citado em Linhares & Doca, 2010).

As principais causas apontadas para o surgimento de dor na criança são procedimentos, cirurgias, traumas e doenças clínicas agudas. Cada um destes fatores tem características próprias, contudo, a base para o controlo bem-sucedido da dor é a mesma. Salientam-se como aspetos gerais: educação dos profissionais envolvidos no cuidado da

criança, avaliação adequada da dor, a antecipação em relação à dor, a capacidade de proporcionar um ambiente calmo e envolver os cuidadores no tratamento (Nair & Neil, 2010).

## 2.2 – Avaliação da dor

Na avaliação da dor, deve-se ter em conta que a criança não é um adulto em miniatura. Assim sendo, os instrumentos de avaliação da dor dos adultos não podem ser usados em pediatria. A utilização de instrumentos adequados para a avaliação da dor é o primeiro passo para um tratamento efetivo, seja ele farmacológico, não farmacológico, ou a associação destes (Kazanowsky & Laccetti, 2005 como citado em Blasi, Candido, Tacla & Ferrari, 2015).

O melhor método para um tratamento eficaz parte de uma boa avaliação da intensidade da dor. Para tal, a melhor forma é a utilização de escalas específicas para cada situação, promovendo simultaneamente o diálogo, a compreensão e evitando discursos muitas vezes longos e confusos (Blasi, Candido, Tacla & Ferrari, 2015).

É necessário ressaltar que o profissional de saúde deve conhecer os vários instrumentos de avaliação da dor e saber optar por aquele que considerar mais adequado à sua realidade, além de conhecer as reações que a criança apresenta perante a dor (Rossato, 2004).

Atualmente, os instrumentos de avaliação da dor pediátrica podem ser uni ou multidimensionais e estão divididos em três categorias: escalas de avaliação da dor, autorrelato e observação do comportamento (Finley, 2010).

### 2.2.1 – Escalas de avaliação da dor

No presente estudo, as escalas de avaliação da dor enquadradas na idade dos três aos sete anos são:

Entre 4 e 6 anos:

- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)- Válida a partir dos 4 anos



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

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

**Figura 1 - Escala de faces revista**

A partir dos 3 anos:

Escala de faces de Wong-Baker – Válida a partir dos 3 anos



**Instruções:**

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

**Face 0** está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

**Face 1** tem apenas um pouco de dor.

**Face 2** tem um pouco mais de dor.

**Face 3** tem ainda mais dor.

**Face 4** tem muita dor.

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

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

**Figura 2 - Escala de faces WONG-BAKER**

A partir dos 6 anos:

- EVA (Escala visual analógica)



Figura 3 - Escala visual analógica

- EN (Escala numérica)

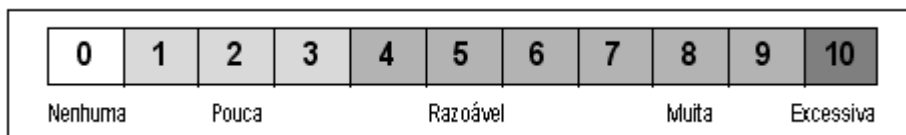


Figura 4 - Escala numérica

Criança com multideficiência

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

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

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

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.*1997; 23(3): 293-7. Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009:10:7-14.

Figura 5 - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Direção Geral da Saúde, 2010)

### **2.2.2 – Autorrelato**

Na avaliação da dor pediátrica, o autorrelato consiste na capacidade que a criança tem de comunicar o grau de dor, os sintomas e fatores de alívio. As medidas de autorrelato de dor envolvem escalas ordinais que, predominantemente, informam sobre a intensidade da dor. As crianças pré-verbais, ou que não têm capacidade de comunicação verbal, não apresentam um autorrelato efetivo. Assim sendo, a avaliação da dor pelos cuidadores torna-se fundamental (Linhares & Doca, 2010).

A interpretação dos relatos de intensidade de dor, devem ser considerados em conjunto com outras medidas, nomeadamente: observação direta do comportamento, heterorrelato dos pais, dados clínicos e informações sobre o ambiente social em que a criança vive (Nair & Neil, 2010).

### **2.2.3 – Indicadores comportamentais**

A dor é uma experiência subjetiva, podendo ser relatada, assim como emitir sinais objetivos de alteração comportamental e fisiológica (Linhares & Doca, 2010).

Indicadores comportamentais são mudanças que ocorrem no comportamento da criança, principalmente naquelas que ainda não têm capacidade de verbalizar o que sentem (Kanai & Fidelis, 2010). A observação da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização (choro ou gemidos), de expressões faciais de sofrimento, de movimentos e posturas corporais (inclinação do corpo, posição de sentado ou deitado), de atividades de vida diária e de vida prática (sono, alimentação, movimentos, recreação) e do estado de humor são exemplos destes mesmos indicadores (Teixeira & Yeng, 2011).

Nos indicadores fisiológicos estão incluídos o aumento da frequência cardíaca, o aumento da pressão sanguínea, pele marmorada ou pálida, aumento das necessidades de oxigénio, sudorese e saturações de oxigénio diminuídas (Nair & Neil, 2010).

## **2.3 – Controlo da dor em pediatria**

O controlo adequado da dor é uma prioridade no planeamento terapêutico de pacientes pediátricos. Por conseguinte, é necessário o conhecimento do problema físico da criança, bem como dos seus componentes afetivos (ansiedade, experiência prévia da dor), socioculturais (cultura e religião) e ambientais. Assim sendo, foram elaboradas pela Direção Geral da Saúde (2010) algumas diretrizes de abordagem ao controlo da dor:

- Atender a descrição da criança relativamente à sua dor;

- Dialogar sobre a dor, para que o autorrelato da criança não seja somente considerado, pois, apesar de ser espontâneo, muitas vezes não contém todas as informações necessárias;
- Avaliar se a intensidade da dor limita ou não as atividades da criança;
- Recolher uma história detalhada sobre a dor;
- Avaliar o estado psicológico da criança;
- Escolher os instrumentos de avaliação da dor adequados;
- Assegurar a compreensão das escalas de avaliação da dor pela criança e pelo cuidador principal/família após ensino;
- Realizar um exame físico detalhado, determinando a causa da dor;
- Considerar a utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Analisar o resultado do tratamento;
- Comunicar os resultados de avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De forma a minimizarem-se erros na avaliação da dor, é importante registar e reavaliar a dor em intervalos regulares e considerar o idioma, pois este influencia a expressão e a mensuração da dor (Blasi, Candido, Tacla & Ferrari, 2015).

O tratamento da dor deve iniciar-se pela abordagem não farmacológica, terminando na terapêutica farmacológica analgésica ou anestésica (Gaiva & Dias, 2002, como citado em Mota, 2011). As estratégias não farmacológicas associadas a estratégias farmacológicas proporcionam a redução da percepção da dor, tornam a dor tolerável, diminuem a ansiedade e aumentam a eficácia dos analgésicos, permitindo reduzir a sua dosagem (Rusy & Weisman, 2000, como citado em Mota, 2011).

### **2.3.1 – Medidas Farmacológicas**

O tratamento farmacológico para alívio da dor é culturalmente supervalorizado pelos profissionais e também pelos pais (Kanai & Fidelis, 2010). O espectro de terapias farmacológicas disponíveis para uso na prática pediátrica é o mesmo utilizado em pacientes adultos. Contudo, o perfil farmacocinético de muitos analgésicos é alterado pelo percentual corporal de gordura e água da criança e pelo grau de ligação proteica. As mudanças no processamento de estímulos nociceptivos também podem alterar a resposta farmacodinâmica aos analgésicos (Nair & Neil, 2010).

De seguida descrevem-se alguns exemplos de fármacos não opióides, indicados para a dor ligeira a moderada:

- Paracetamol;
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINES): Acetaminofeno; Trissalicilato de colina e magnésio; Ibuprofeno; Naproxeno e Tolmetim. (Hockenberry & Wilson, 2014).

De forma ao controlo da dor moderada a severa são indicados os seguintes exemplos de fármacos opióides: Morfina; Fentanilo; Codeína; Hidromorfona; Hidrocodona e Acetaminofeno; Levorfanol; Meperidina; Metadona e Oxicodona. (Hockenberry & Wilson 2014)

A combinação dos dois tipos de analgésicos atua sobre o sistema nervoso periférico (analgésicos não opióides) e sobre o sistema nervoso central (analgésicos opióides). Esta abordagem proporciona uma maior analgesia sem aumento dos efeitos adversos.

Os coanalgésicos ou analgésicos adjuvantes podem ser utilizados isoladamente ou em associação com os opióides para controlar os sintomas de dor e os efeitos colaterais dos opióides.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014) são exemplos de fármacos coanalgésicos os seguintes:

- Antidepressivos: Amitriptilina; Nortriptilina.
- Anticonvulsionantes: Gabapentina; Carbamazepina.
- Ansiolíticos: Lorazepam.

### **2.3.2 – Medidas Não Farmacológicas**

As intervenções não farmacológicas, ambientais e comportamentais são um recurso de tratamento da dor, de forma isolada ou em conjunto com intervenções farmacológicas, de forma a potenciar os seus efeitos (Gaspardo, 2006, como citado em Mota, 2011). A escolha da utilização destas deve-se à personalidade da criança, sensibilidade à dor, às suas preferências e habilidades, ambiente social em que se inserem, características familiares, ao desenvolvimento cognitivo, às estratégias de coping e ao tipo de dor (Ministério da Saúde, 2013).

Quadro 1 - Medidas não farmacológicas

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS	EXEMPLO
<b>Comportamental</b> - envolve o ensino de comportamentos que promove o alívio da dor.	Relaxamento
<b>Cognitiva</b> – utiliza métodos mentais para lidar com a dor.	Informação prévia
<b>Cognitivo-comportamental</b> – utiliza estratégias de associação que modifica a percepção da dor e melhora a capacidade de a enfrentar.	Distração, imaginação guiada
<b>Física ou periférica</b> – permite diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular.	Aplicação de calor superficial, seco ou húmido, frio, toque/massagem, posicionamento, estimulação nervosa, elétrica transcutânea (TENS).
<b>Suporte emocional</b>	Presença de alguém significativo
<b>Ambiental</b> – melhoria das condições ambientais	Adequação da luz, ruído, temperatura, decoração.

Fonte: Dias, Oliveira, Enumo & Paula (2013)

É de salientar, que antes de qualquer procedimento, a criança e o seu cuidador, devem ser preparados adequadamente em relação a este. A criança deve ser orientada de acordo com a idade sobre o que será efetuado e que sensações irá perceber. Com o cuidador deve estabelecer-se uma relação de confiança, uma vez que este pode fornecer informações e segurança adicionais para a criança (Batalha, 2013).

### 3 – Ser cuidador da criança com dor

Para a criança, o seu cuidador constitui o seu referencial. A este, é-lhe atribuída a proteção e o afeto. Em ambiente hospitalar, é importante preservar este sentimento, entre estes dois intervenientes, visto que a presença do cuidador, neste contexto, conforta a criança, favorecendo a partilha de medos e o apoio para enfrentar e minimizar a dor (Diefenbach, 2011).

A experiência de dor na criança é um processo que se torna angustiante para o cuidador, quando este não consegue cessá-la. Este vivencia o impacto de uma série de sentimentos, os quais, além de envolver aspetos físico-químicos, também envolvem componentes socioculturais e particularidades do ambiente onde o fenómeno é experimentado. A dor é capaz de absorver o estado físico e emocional não só da criança, mas de toda a estrutura familiar, que se faz presente durante todo o processo de tratamento, desde o diagnóstico, recidivas e hospitalizações (Silva, Rossetto & Tacla, 2010).

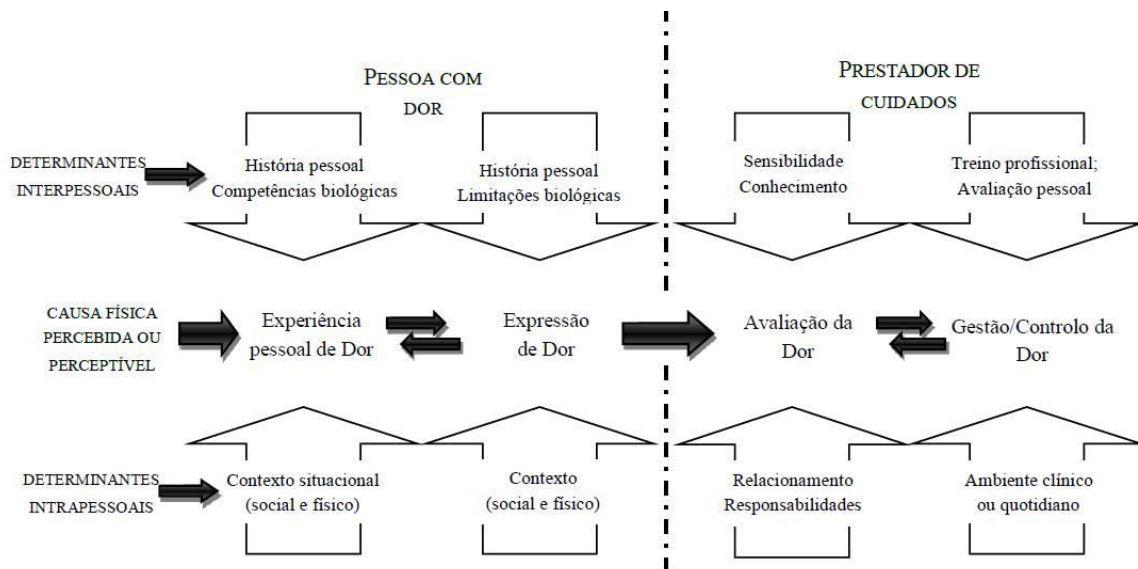
A motivação do cuidador da criança é ensiná-la a conviver com a dor, incentivar o seu relacionamento, participar em atividades, como brincar, correr, pular, com as outras crianças, mesmo que, para isso, eles sejam o único apoio para estas enquanto estão hospitalizadas (Kanai & Fidelis, 2010).

É nestes momentos que o enfermeiro se torna o elo de ligação entre a criança e a família, de forma à minimização da dor, conforto e compreensão pela qual a família vê a criança vivenciar. É através do diálogo, do contato direto e da partilha de saberes entre enfermeiro cuidador que se consegue a máxima eficiência na prestação de cuidados de qualidade (Diefenbach, 2011).

De forma a conhecer a família da criança, o enfermeiro deve avaliá-la por meio de entrevista. É essencial colher os dados básicos que permitem conhecer a criança e a família de forma a assisti-las a partir das suas necessidades. A avaliação é um fator importante no cuidado, pois gera dados qualitativos ou descritivos que permitem informações para intervenção em problemas atuais da família (Rossato, 2004).

#### 3.1 – Modelo socio-comunicacional da dor

O modelo Socio-Comunicacional da dor propõe que, para compreender a dor da criança, deve identificar-se o significado atribuído pelos cuidadores às suas experiências de dor e à expressão de dor na criança. O modelo preconiza ainda, a avaliação da disposição para a ação e as ações efetivas dos cuidadores para o tratamento da dor em crianças (Preto, 2014).



**Figura 6** - Modelo sócio comunicacional da dor de CRAIG

Neste modelo, os cuidadores, pais e profissionais atribuem significados à dor que podem ser utilizados para descodificar os sinais e sintomas da dor na criança (Linhares & Doca, 2010). É necessário que, através desta avaliação, se entenda a relação estabelecida entre a criança e o seu cuidador (Preto, 2014).

### 3.2 – Percepção dos cuidadores em relação aos indicadores comportamentais sugestivos de dor

Ser pai, mãe ou cuidador, alude ao direito único e exclusivo de perceber e reconhecer a dor da criança, em todas as suas falas, gestos e sinais.

O adulto deve proporcionar à criança momentos de diálogo, procurando observar e apreender os modos como ela comunica e a sua forma preferida de se expressar. Na sua maioria, a clara verbalização dos seus sentimentos é de veras controversa, sendo por vezes, necessário a utilização de métodos mais simples, como desenhos, jogos ou brincadeiras (Luft, 2010).

Segundo Silva (2012, p. 14) os indicadores comportamentais sugestivos de crianças com dor foram: *“as mudanças da expressão facial, alterações no movimento e postura; vocalizações tais como choro, gemido, resmungo; mudanças nos padrões habituais da criança como sono e alimentação; alterações fisiológicas como mudanças de dor e sudorese e alterações de humor e interação social”*.

Embora muitos dos indicadores comportamentais de dor na criança sejam bem visíveis pelos cuidadores, existem ainda algumas barreiras/mitos adotados tais como: o mito

de que a sensibilização da dor na criança não é igual à de um adulto e se é, não há nenhuma consequência desagradável, a ausência de avaliação e reavaliação da presença de dor, a falta de percepção sobre como conceitualizar e quantificar uma experiência subjetiva, a carência de conhecimento sobre o tratamento da dor e o medo dos efeitos adversos dos analgésicos (Bernardes & Castro, 2010).

O questionário “Non-communicating children’s pain checklist-revised” foi desenvolvido por Breau, McGrath, Camfield & Finley (2002) e é aplicado aos cuidadores – pais de crianças com dor. Estes avaliam a dor da criança através das seguintes subescalas: comportamento verbal/vocal, alimentação e sono, aspetos sociais, atividade facial, atividade motora, movimento corporal, sinais fisiológicos e lágrimas. A aplicação do presente questionário é extremamente relevante em crianças com problemas de comunicação devido a problemas neurológicos, transtornos do desenvolvimento e devido à idade (Linhares & Doca, 2010).

### 3.3 – Percepção dos cuidadores em relação às medidas a adotar para controle da dor

A dor, experiência sensorial e emocional desagradável, requer uma abordagem multidisciplinar coordenada, sendo os cuidadores principais e a família, parceiros ativos no seu controlo. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida (Ministério da Saúde, 2011).

A preocupação maior dos cuidadores é evidenciada na urgência em aliviar a dor da criança, tendo como um dos focos significativos as suas necessidades, explicadas pelo elemento motivacional, querendo ver a criança livre da dor (Rossato, Angelo & Silva, 2007).

As medidas não farmacológicas adotadas pelos cuidadores, descritas na literatura, são a distração, a utilização de brinquedos, acalmar/alegrar/encorajar, conversar/explicar, ficar/estar perto, o carinho, pegar ao colo/na mão, a utilização da televisão/filmes/desenhos, a deambulação, a atenção dedicada à criança pelos cuidadores, a leitura de livros, pedir a colaboração da criança e a utilização da massagem. É ainda de salientar que, estas medidas são utilizadas espontaneamente, sem incentivo dos profissionais de saúde (Silva, Rossetto & Tacla, 2010).

Relativamente à utilização de medidas farmacológicas, no alívio da dor da criança, há evidência que as motivações para a automedicação estão muitas vezes relacionadas ao alívio de sintomas como hipotermia, febre e dor. Estudos têm apontado que as principais classes terapêuticas utilizadas em crianças são anti-inflamatórios não-esteróides, analgésicos e antibióticos. A frequência da automedicação em crianças tem-se mostrado elevada em vários estudos e é fator preocupante (Pfaffenbach, 2010).

Encontra-se ainda descrito que os cuidadores possuem informações insuficientes e incongruentes sobre as medidas farmacológicas, contudo, adotam a automedicação como estratégia no alívio da dor da criança (Beckhauser et al., 2010).

## 4 – Material e métodos

De forma a descrever os procedimentos metodológicos inerentes ao processo investigativo do presente estudo, de seguida, descreve-se o tipo de estudo, as questões orientadoras de investigação, a caracterização do meio, a população e a amostra, os tipos de variáveis, os instrumentos de colheita de dados, a descrição do tratamento de dados estatísticos e as implicações éticas.

### 4.1 – Tipo de estudo

O paradigma de investigação em que se baseia o presente estudo é o método qualitativo, tipo descritivo, nível II.

O método qualitativo procura, neste estudo, o aprofundamento da compreensão dos cuidadores da criança com dor. Neste método o desenvolvimento da pesquisa é imprevisível e o investigador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas e ilustrativas. A pesquisa qualitativa preocupar-se-á com aspetos da realidade que não podem ser quantificados.

Relativamente ao estudo de carater descritivo, este, exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Pretende-se ainda, descrever os fatos e fenómenos da realidade. Neste tipo de estudo, descritivo nível II, descreve-se ainda, como os conceitos interagem e como podem estar associados (Gerhardt & Silveira; 2009).

### 4.2 – Objetivos

Um estudo de investigação rege-se por uma situação problemática vivenciada na prática clínica diária, pelo que é essencial definir objetivos com o intuito de conseguir alcançar a resolução dessa mesma situação.

Com o intuito de se compreender a perceção e atribuição de significado dos cuidadores às vivências de dor na criança, foi delineado como objetivo geral deste estudo identificar as experiências dos cuidadores face à dor na criança que recorre ao serviço de urgência. Os objectivos específicos são os seguintes:

- Perceber os indicadores comportamentais sugestivos de dor que os cuidadores identificam na criança;
- Conhecer as medidas apontadas pelos cuidadores quando a criança refere dor;
- Identificar as razões dos cuidadores para a não utilização de medidas de controlo/alívio da dor quando a criança refere dor;

- Compreender se há relação entre as condições socio demográficas dos cuidadores e a percepção da dor na criança.
- Melhorar a capacitação dos cuidadores nos processos de transição à doença;
- Aumentar o nível de literacia dos cuidadores sobre a dor.

A finalidade deste estudo consiste em fornecer pistas no sentido de melhor se compreenderem as experiências dos cuidadores no cuidar da criança com dor, melhorar a capacitação dos pais nos processos de transição à doença e aumentar o nível de literacia sobre a dor

#### 4.3 – Questões de investigação

No presente processo investigativo, houve o desafio de contribuir para o aumento de conhecimento na área científica de enfermagem. Assim, através de uma problemática inicial e da experiência diária suportada pela evidência, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual a percepção que o cuidador tem, sobre a dor que a criança refere?
- Quais os indicadores comportamentais sugestivos de dor que os cuidadores identificam na criança?
- Será que os cuidadores conhecem quais as medidas adequadas a adotar quando a criança refere dor?
- Qual(ais) a(s) razões para os cuidadores não utilizarem medidas de controlo/alívio da dor quando a criança refere dor?
- Será que as condições socio demográficas dos cuidadores influenciam a forma como estes percebem a dor na criança?

#### 4.4 – População e amostra

No presente estudo a população alvo foram os cuidadores das crianças com dor, entre os 3 e os 10 anos, que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. Como serviço de urgência consideramos que é um local propício para perceber a visão que os cuidadores têm sobre a dor da criança.

Trata-se de uma amostra probabilística por conveniência, restringindo-a aos cuidadores de crianças entre os 3 e 10 anos. Considerou-se que, apesar de não se tratar de uma real representação da população, esta fração de cuidadores possui fatores comuns que os fazem recorrer ao serviço de urgência.

Os critérios de inclusão e exclusão que nos baseamos para definir a amostra foram (Quadro 2):

**Quadro 2** - Critérios de inclusão e exclusão da amostra

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidadores de crianças com idades entre os 3-10 anos inclusive que recorram ao Serviço de Urgência Pediátrica com dor;</li> <li>• Cuidadores alfabetizados;</li> <li>• Aceitação e participação no estudo;</li> <li>• Consentimento informado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidadores de crianças com menos de 3 anos e mais de 10 anos que recorram ao Serviço de Urgência Pediátrica com dor</li> <li>• Cuidadores analfabetos;</li> <li>• Cuidadores que não aceitem participar no estudo;</li> </ul>

#### 4.4.1 – Caracterização da Amostra

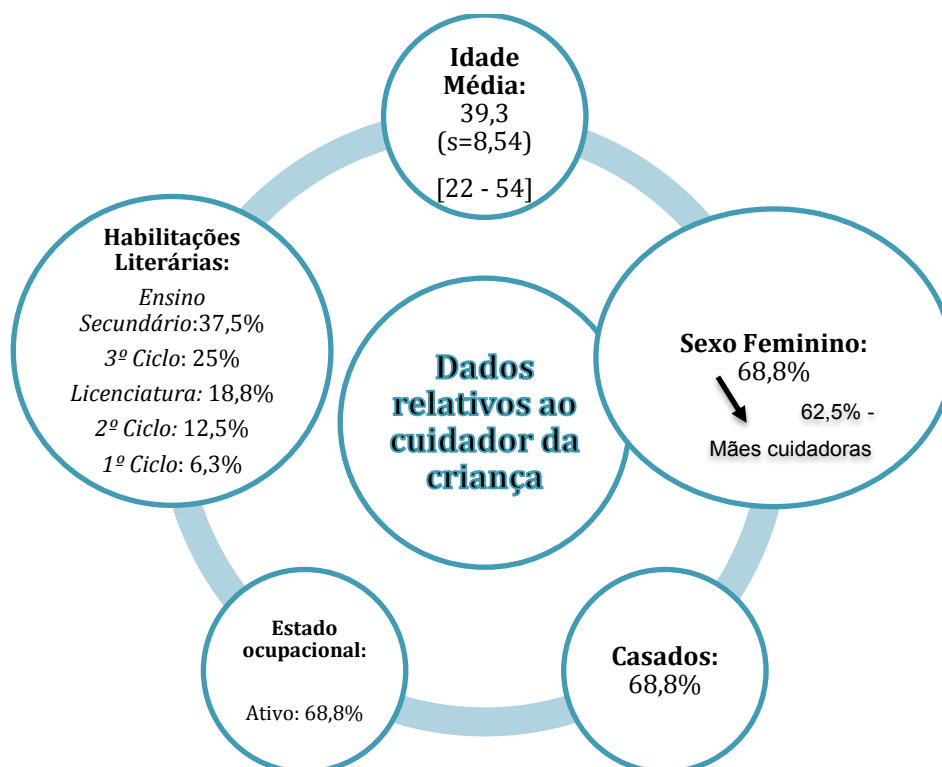
A amostra do estudo é constituída por 16 indivíduos sendo que 5 destes (32%) são do género masculino e 11 (68%) são do género feminino. Ressalta-se ainda a evidência que 62,5% dos indivíduos deste género são mães das crianças.

No que diz respeito à idade, os indivíduos que integram a amostra, têm idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos. A média das idades situa-se em 39 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, verificamos que 37,5% destes, possuem o Ensino Secundário e de seguida, 25% dos indivíduos, possuem o 3º Ciclo.

No que toca ao estado ocupacional, 68,8% dos cuidadores têm uma profissão em estado ativo, ou seja, estão empregados. Na mesma percentagem estão incluídos os cuidadores que se encontram casados.

Apresentamos em seguida um esquema com os dados relativos aos cuidadores da criança.



#### 4.5 – Instrumentos de colheita de dados

Tal como referem Fortin, Côté, & Filion (2009), na escolha do instrumento de colheita de dados considerou-se determinados fatores: objetivos do estudo, nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, possibilidade de obter medidas apropriadas às definições concetuais, fidelidade e validade dos instrumentos e conceção dos seus próprios instrumentos de medida. Optamos pela entrevista semi-estruturada.

##### 4.5.1 – Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, fazendo-o num contexto semelhante ao de uma conversa informal. A principal vantagem deste instrumento de colheita de dados é produzir uma melhor amostra da população, obtendo-se um índice de respostas mais abrangente, elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos e proximidade entre entrevistador e entrevistado (Boni & Quaresma, 2005).

O guião da entrevista semi-estruturada foi elaborado pelo investigador e encontra-se dividido em três partes: a primeira é constituída por duas questões referentes à

caracterização sociodemográfica (sexo e idade) da criança; a segunda constituída por três questões referentes à caracterização sociodemográfica (grau de parentesco, idade, estado civil, estatuto ocupacional e habilitações literárias) da amostra (cuidadores), e a terceira constituída por sete questões que irão fornecer informações acerca da perceção da dor por parte dos cuidadores das crianças e quais as medidas adotadas para o alívio/controlo da dor nas mesmas.

O momento de entrevista foi combinado com os cuidadores e realizou-se num local calmo e livre de perturbações. Para o registo de todas as informações, foi utilizada a gravação em áudio e cada entrevista durou em média 10 a 15 minutos.

Cada uma das entrevistas realizadas foi numerada, datada e classificada de acordo com a sua duração.

O guião desta entrevista semi-estruturada encontra-se no Anexo 1.

#### **4.5.2 – Pré-Teste**

Segundo Fortin (2003, p. 240) *“o pré-teste consiste no preenchimento ou realização da entrevista a uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.”*

Para o nosso estudo, em setembro de 2015, as entrevistas foram analisadas por duas peritas na área de Pediatria para verificar se o guião inicial dava resposta aos objetivos e se os entrevistados compreendiam as questões. Pretendeu-se também verificar possíveis falhas e imprecisão, na elaboração das questões, assim como compreender a sua complexidade e constrangimentos do entrevistado, possibilitando ao investigador fazer as revisões necessárias, antes da execução do estudo (Kvale, 2011).

O tempo de realização da entrevista alternou entre os 6 e os 15 minutos, não havendo qualquer referência ou sugestões a alterações da entrevista realizada.

#### **4.6 – Procedimentos éticos**

Ao proceder-se ao desenvolvimento de um estudo de investigação, importa prestar atenção, aos princípios éticos que devem acompanhar todo o processo de pesquisa (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Para que se assegurasse o cumprimento dos princípios éticos em investigação científica realizou-se o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE, para a colheita de dados junto dos cuidadores de crianças com idades

compreendidas entre os 3 e os 10 anos que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica deste Centro Hospitalar, referindo dor. Após parecer favorável da Comissão de Ética o estudo foi autorizado, conforme anexo 2.

Por conseguinte, foi efetuado um pedido de consentimento informado dirigido aos entrevistados. Este teve como objetivo obter a confirmação da sua participação. No desenrolar do estudo garantiu-se a confidencialidade dos dados e da informação presente nas entrevistas realizadas, bem o anonimato dos participantes. Também se salvaguardou a participação voluntária por parte dos cuidadores, esclarecendo os mesmos, que tinham a liberdade de escolha, na tomada de decisão acerca da sua colaboração (Anexo 3).

#### 4.7 – Tratamento de dados estatísticos

A descrição estatística teve como objetivo destacar o conjunto dos dados brutos. Relativamente ao tratamento dos dados quantitativos, estes foram apresentados sob a forma de tabelas. Os gráficos foram editados nos programas Microsoft Office Excel e Microsoft Office Word.

Procedeu-se ainda à leitura da transcrição completa das entrevistas, de forma a efetuar a discriminação das unidades. Foi utilizada, como unidade de análise, a unidade de sentido. De seguida, foram feitas a codificação e categorização, cujo critério foi o semântico, originando categorias temáticas.

Os dados qualitativos obtidos através da entrevista foram analisados através da análise de conteúdo. Segundo Amado (2000) citado por Caregnato & Mutti (2006), a análise de conteúdo expõe uma técnica de pesquisa documental aplicável em várias metodologias de investigação empírica, cujos objetivos são, dispor as comunicações por categorias de significação de modo a descrever objetiva, sistemática e quantitativamente o conteúdo manifestado pelos participantes nas comunicações. Esta técnica recai sobre as denotações (o principal sentido do discurso) e não sobre as conotações (reflexos dos pontos de vista subjetivos de quem falou ou escreveu).

## 5 – Apresentação e análise de dados

De seguida, apresentam-se os resultados da análise dos dados obtidos na realização das entrevistas. Foram efetuadas 16 entrevistas a cuidadores de crianças que se dirigiram às urgências pediátricas do Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE por situação de dor na criança entre os dias 19 de fevereiro de 2016 a 18 de Março de 2016.

As crianças têm uma média de idades de 7,4 anos ( $s=2,60$ ) entre os 3 a 10 anos, sendo que, se obtiveram dados na mesma totalidade, em ambos os sexos.

Da análise de conteúdo das entrevistas apuramos que dos motivos que levaram a que o cuidador recorresse ao serviço com a criança, emergiram três categorias relacionadas com dor musculoesquelética, dor abdominal e dor relacionada com otorrinolaringologia. Salienta-se que a dor musculoesquelética e a relacionada com otorrinolaringologia são referidas maioritariamente pelos cuidadores (44.1%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Tipo de dor que fez recorrer ao serviço de urgência

Categorias	Indicadores	N	%
Dor Musculosquelética	Dor lombar	7	44,1
	Dor na perna		
	Dor no músculo		
	Dor na grelha costal		
	Dor no joelho		
	Dor no tórax		
	Dor nas pernas, nos músculos		
Dor abdominal	Dor de barriga	2	12,6
	Dor de garganta/abdominal		
Dor relacionada com otorrinolaringologia	Dor de garganta	7	44,1
	Dor de ouvidos		
	Dor de cabeça e garganta		
	Dor de cabeça		
Total		16	100,0

Da análise da tabela 2, denota-se que 63,7% dos inquiridos recorreram ao serviço de urgência entre 2 a 6 vezes no último ano, sendo que 18,2% dos inquiridos referiram terem recorrido mais que 6 vezes nesse período.

**Tabela 2** - Número de vezes que recorre ao serviço de urgência no último ano

Categorias	Indicadores	N	%
Não frequentemente	Não frequentemente	1	9,1
Entre 2 a 6 vezes no último ano	É a 2ª vez	7	63,7
	2 vezes hoje		
	3 ou 4 vezes		
	4 ou 5 vezes		
	5 a 6 vezes		
	2 vezes por ano		
	2 a 3 vez por ano		
Mais que 6 vezes no último ano	Um a 20 vezes	2	18,2
	Muitas vezes		
Não sabe	Não sei	1	9,1
Total		11	100,0

No que diz respeito aos indicadores de dor na criança referenciados na tabela 3, verificou-se que a alteração da magnitude, duração, e/ou frequência da vocalização e as alterações de movimentos e posturas corporais são os indicadores de dor na criança que os pais referem com maior percentagem (31,5%). Salienta-se ainda que, a conjugação destes dois indicadores, é também referida, sendo a percentagem destes, sucessora (12,6%). Para 6,3% dos participantes, o indicador fisiológico relatado pelos cuidadores foi a ocorrência de febre.

**Tabela 3** - Indicadores comportamentais sugestivos de dor na criança

Categorias			Indicadores	N	%
Alteração da magnitude, duração, e/ou frequência da vocalização			Queixa-se	5	31,5
Alteração da magnitude, duração, e/ou frequência da vocalização	+	Alterações de movimentos e posturas corporais	Queixa-se, não consegue andar Queixa-se, mancava	2	12,6
Alterações de movimentos e posturas corporais			A forma de andar Fica mais prostrada Só quer dormir Fica mais quieto Estado físico, muito calma	5	31,5
Expressões Faciais de sofrimento			Verbalizar, esmorecido, com pouco ânimo	1	6,3
Alterações de atividades de vida diária e de vida prática			Não quer comer	1	6,3
Alteração da magnitude, duração, e/ou frequência da vocalização	+	Alterações de movimentos e posturas corporais	Indicadores fisiológicos Coxeia, queixa-se, faz febre	1	6,3
Alteração da magnitude, duração, e/ou frequência da vocalização	+	Alterações de movimentos e posturas corporais	Alterações de atividades de vida diária e de vida prática Verbaliza, fica mais prostrada, não quer comer	1	6,3
Total				16	100,0

Quanto às medidas tomadas para o alívio da dor na criança, a maioria dos cuidadores (69,3%) utiliza como controlo de dor na criança medidas farmacológicas. A combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas é também realizada (25,2%) aquando a criança refere dor, sendo também utilizado neste âmbito a administração de medicação juntamente com a aplicação de gelo associada à massagem.

**Tabela 4** - Medidas tomadas pelos cuidadores para aliviar a dor da criança

Categorias		Indicadores	N	%
Medidas farmacológicas		Medicação	11	69,3
Medidas Não farmacológicas		Mando deitar	1	6,3
Medidas farmacológicas	Medidas Não Farmacológicas	Telefone à pediatra, gelo, anti-inflamatório Venho ao centro de saúde ou às urgências Medicação ou venho ao médico	4	25,2
		Medicação ou venho às urgências		
Total			16	100,0

No que diz respeito às medidas que os cuidadores conhecem para alívio da dor na criança, a maioria dos cuidadores refere a medicação (75,0%) como medida para aliviar a dor. É de salientar que a administração de medicação e a aplicação de gelo associada à realização de massagens são, também, medidas apontadas no alívio da dor da dor da criança (25,1%).

**Tabela 5** - Medidas que os cuidadores conhecem para aliviar a dor da criança

Categorias		Indicadores	N	%
Medidas farmacológicas		Medicação	12	75,0
Medidas não farmacológicas	Medidas farmacológicas	Medicação, massagens Medicação, gelo	4	25,1
Total			16	100,0

Observando-se a tabela 6 verifica-se que 85,7% dos inquiridos utiliza a combinação da administração de analgésico/antipirético + Anti-inflamatório no alívio da dor da criança, sendo a administração de Brufen e Brufen + Ben-u-ron as mais frequentes.

**Tabela 6** - Medicação administrada pelos cuidadores às crianças para alívio da dor

Categorias		Indicadores	N	%
Analgésico/Antipirético		Ben-u-ron	2	14,3
Analgésico/Antipirético	Anti - inflamatório	Brufen	12	85,7
		Brufen e Ben-u-ron		
Total			14	100,0

Entre as razões apontadas pelos cuidadores para a não administração de medicação analgésica às crianças, e de acordo com a tabela 7, verifica-se que 50% dos cuidadores referem não terem conhecimento suficiente para administrar medicação à criança com dor referindo: “Não sei o que tem, Não sei como agir”. A falta de contato com a experiência dolorosa na criança e ter informações prévias neste âmbito são também fatores apontados “Não sei o que se passa e tenho de ir ao hospital...”.

**Tabela 7** - Razões dos cuidadores para não administrar medicação para alívio da dor às crianças

Categorias		Indicadores	N	%
Informação insuficiente		Não sei o que tem	2	50
		Não sei como agir		
Falta de experiência		Não costuma sentir dor	1	25,0
Informação prévia		Não me é recomendado	1	25,0
Total			4	100,0

Na tabela 8, constata-se que o maior número de cuidadores a não administrar medicação à criança aquando refere dor, são os que têm como habilitação literária a Licenciatura. Relativamente aos cuidadores que administram medicação para alívio da dor, os que frequentaram o ensino secundário, são aqueles que administram com maior frequência este tipo de medicação, sucedendo-se os que possuem como habilitação literária o 3º ciclo.

Relativamente à idade do cuidador da criança, aqueles que não administram medicação para alívio da dor são os que têm 39, 40, 50, 54 anos, recorrerem a medicação homeopática ou por só o fazerem com indicação médica. Aqueles que administram com

maior frequência são os que apresentam uma idade de 33 anos, sucedendo-se os de 45 anos.

De seguida, referindo-se ao parentesco, ao estado ocupacional e ao estado civil , a mãe, os cuidadores em estado ativo na profissão e os cuidadores casados são aqueles que administram com maior frequência medicação para alívio da dor.

Por último, observando os dados relativos à idade da criança, o grupo a que os cuidadores administram mais medicação para alívio da dor é dos 9 e 10 anos. Às crianças de 6 anos os cuidadores administram menos medicação.

**Tabela 8** - Tabela cruzada da administração de medicação com as características sociodemográficas do cuidador e idade da criança

		Administração de Medicação		Total
		Sim	Não	
Habilitação Literária	1ºciclo	1	0	1
	2ºciclo	1	1	2
	3ºciclo	3	1	4
	Secundário	6	0	6
	Licenciatura	1	2	3
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
Idade	22	1	0	1
	27	1	0	1
	33	3	0	3
	36	1	0	1
	38	1	0	1
	39	0	1	1
	40	1	1	2
	44	1	0	1
	45	2	0	2
	49	1	0	1
	50	0	1	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	
Parentesco	Pai	4	1	5
	Mãe	8	2	10
	Avó	0	1	1
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
Estado Ocupacional	Ativo	9	2	11
	Desempregado	3	2	5

	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
Estado Civil	Casado	7	4	11
	União de Facto	2	0	2
	Divorciado	2	0	2
	Viúva	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
Idade da Criança	3	1	1	2
	4	1	1	2
	6	0	1	1
	7	2	0	2
	8	1	0	1
	9	3	1	4
	10	4	0	4
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>



## 6 – Discussão dos resultados

Para a discussão dos resultados obtidos neste estudo, constatou-se que há um reduzido número de estudos de investigação efetuados nesta área de intervenção, o que aporta limitações na fundamentação da análise crítica dos resultados. Tendo em conta, a ordem através da qual se processou a apresentação dos resultados, procedeu-se de uma forma sequencial idêntica, na discussão dos resultados (centrados na resposta às questões orientadoras).

Os **tipos de dor** na criança referidos pelos cuidadores e que motivaram a sua vinda ao hospital são os relacionados com dor musculoesquelética (44.1%), dor abdominal e dor do foro da otorrinolaringologia (44.1%). Não nos surpreendem estes dados pois, nestas faixas etárias, as quedas e lesões podem estar na origem da dor musculoesquelética e também os transtornos da garganta são frequentes.

No que respeita aos **indicadores comportamentais sugestivos de dor, que os cuidadores identificam na criança**, verifica-se que uma grande parte dos entrevistados (31,5%) considera a alteração da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização como o indicador comportamental mais frequente. Na mesma percentagem (31,5%) surgem as alterações de movimentos e posturas corporais. Estes dados corroboram com a revisão da literatura efetuada. Teixeira & Yeng (2011) defendem que a observação da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização, de expressões faciais de sofrimento, de movimentos e posturas corporais, de atividades de vida diárias e de vida prática e do estado de humor são indicadores comportamentais que indicam se a criança apresenta ou não dor.

Numa reduzida percentagem, 6,3% dos entrevistados, dizem que um dos indicadores sugestivos de dor, na criança, é fisiológico. Nair & Nail (2010), Silva (2012) afirmam que nos indicadores fisiológicos estão incluídos o aumento da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, das necessidades de oxigénio, ocorrência de pele marmoreada ou pálida, sudorese e diminuição da saturação de oxigénio. O único indicador fisiológico relatado pelos cuidadores foi a ocorrência de febre.

Nas **medidas a adotar pelos cuidadores, aquando a criança refere dor**, foram referidas as medidas farmacológicas em maior percentagem (69,3%), sendo a administração de analgésicos/antipiréticos e anti-inflamatórios a medicação mais utilizada (85,7%).

No que diz respeito à revisão da literatura efetuada, o tratamento farmacológico para alívio da dor, é culturalmente supervalorizado pelos profissionais e também pelos pais (Kanai & Fidelis, 2010). Há ainda evidência que, as motivações para a automedicação estão muitas vezes relacionadas ao alívio de sintomas como hipotermia, febre e dor. Estudos têm

apontado que as principais classes terapêuticas utilizadas em crianças são anti-inflamatórios não-esteróides, analgésicos e antibióticos (Pfaffenbach, 2010).

Relativamente ao conhecimento das medidas a utilizar para alívio da dor da criança, a grande percentagem situa-se nas medidas farmacológicas (75%) sendo que, 25% dos cuidadores utilizam também medidas não farmacológicas. Como é referido por Gaspardo, 2006, citado em Mota, 2011 as intervenções não farmacológicas, ambientais e comportamentais são um recurso de tratamento da dor, de forma isolada ou em conjunto com intervenções farmacológicas, de forma a potenciar os seus efeitos. É de salientar que no estudo efetuado por Silva, Rosseto & Tacla (2010) as presentes medidas, são utilizadas espontaneamente, sem incentivo dos profissionais de saúde. No presente estudo, verifica-se que há uma reduzida percentagem de cuidadores a utilizarem medidas não farmacológicas.

Para Dias, Oliveira, Enumo & Paula (2013) existem 6 tipos de medidas não farmacológicas: comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, física ou periféricas, suporte-emocional e ambiental. Neste estudo as medidas não farmacológicas utilizadas situaram-se apenas em ações físicas ou periféricas: massagem e aplicação de gelo.

Quando questionados acerca das razões para não utilizarem medidas de controlo/alívio da dor na criança, os cuidadores (50%) mencionam não possuírem conhecimento suficiente para administrar medicação analgésica à criança, referindo: “Não sei o que tem; Não sei como agir”. Contrariando o estudo de Beckhauser et al (2010) que relata que os cuidadores possuem informação insuficiente e incongruente sobre as medidas farmacológicas, contudo, adotam a automedicação como estratégia no alívio da dor na criança, no presente estudo constata-se que, a maior parte dos cuidadores não utiliza medidas farmacológicas para controlo/alívio da dor por considerarem não possuir informação suficiente.

Constatou-se que o maior número de cuidadores que não administra medicação à criança quando esta refere dor são os licenciados. Na literatura não há evidência científica acerca deste aspeto, contudo, sabe-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o grau de literacia esperado por parte dos cuidadores para perceberem e atuar face à dor na criança.

Verifica-se, ainda, que são os cuidadores mais novos, os casados, a mãe e os laboralmente ativos que administram com maior frequência medicação para alívio da dor. Os cuidadores com idades iguais ou superiores a 50 anos maioritariamente não administram analgesia por recorrerem a medicação homeopática ou por só o fazerem com indicação médica.

São as crianças dos 9 e 10 anos a quem os cuidadores mais administram medicação para alívio da dor. Nestas idades as queixas são mais objetivas e o receio dos cuidadores em administrar medicação é menor do que nas crianças mais novas.



## 7 – Conclusões e sugestões

A dor é uma experiência individual, influenciada por múltiplos fatores pessoais, culturais e sociais, expectativas e estados emocionais. O cuidar da criança com dor exige mais do que uma simples abordagem, exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente capaz de envolver todos estes componentes. A criança com dor exige do cuidador, mas também dos enfermeiros, uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação e controle.

Com base nesta investigação, constata-se que muito há ainda para investir nesta área, relativamente à perceção que os cuidadores têm acerca da criança com dor. Sendo o cuidador o referencial para a criança, promovendo-lhe a proteção e o afeto, em ambiente hospitalar, é importante preservar este sentimento, entre estes dois intervenientes. A importância do enfermeiro neste contexto centra-se na promoção da parentalidade e capacitação dos cuidadores para os processos de transição à doença, bem como na educação dos cuidadores na melhoria dos seus conhecimentos. São aspectos a referir o efeito dos analgésicos no controle e alívio da dor na criança, doses a administrar, desmistificar falsas crenças e esclarecer dúvidas e dificuldades.

Numa tentativa de dar resposta à questão de investigação formulada como ponto de partida para o presente trabalho, conclui-se que:

- A alteração da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização e as alterações de movimentos e posturas corporais são os indicadores comportamentais mais apontados pelos cuidadores da criança com dor;
- A utilização de medidas farmacológicas pelos cuidadores, estando nestas incluídas a administração de analgésicos/antipiréticos e anti-inflamatórios, é recorrente no alívio da dor a criança;
- A informação insuficiente do cuidador é a principal razão apontada para a não utilização de medidas de controlo/alívio da dor da criança;
- O maior número de cuidadores que não administra medicação à criança quando esta refere dor são os licenciados. Na literatura não há evidência científica acerca deste aspeto, contudo, sabe-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o grau de literacia esperado por parte dos cuidadores para perceber e atuar face à dor na criança;
- Os cuidadores mais novos, os casados, a mãe e os laboralmente ativos são os que administram com maior frequência medicação para alívio da dor. Os cuidadores com idades iguais ou superiores a 50 anos maioritariamente não administram analgesia

por recorrerem a medicação homeopática ou por só o fazerem com indicação médica;

- São as crianças dos 9 e 10 anos a quem os cuidadores mais administram medicação para alívio da dor. Nestas idades as queixas são mais objetivas e o receio dos cuidadores em administrar medicação é menor do que nas crianças mais novas.

Ao refletir-se acerca dos objetivos deste trabalho, acredita-se ter conseguido atingi-los, pois foi possível perceber os indicadores comportamentais sugestivos de dor, que os cuidadores identificam na criança, conhecer as medidas apontadas pelos cuidadores quando a criança refere dor, identificar as razões dos cuidadores para a não utilização de medidas de controlo/alívio da dor quando a criança refere dor, compreender se há relação entre as condições sociodemográficas dos cuidadores e a perceção da dor na criança, melhorar a capacitação dos cuidadores nos processos de transição à doença e por último aumentar o nível de literacia dos cuidadores sobre a dor.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra causada pela indisponibilidade manifestada por parte de alguns dos cuidadores e relacionada com o meio/situação em que se encontravam. Contudo, o método de recolha de dados é rico, permitiu a expressão livre dos participantes e pode esclarecer alguns limites.

No futuro, aponto como expetativas futuras, investir na área do conhecimento científico na abordagem deste 5º sinal vital, por parte do cuidador da criança, pois ao realizar o presente estudo apercebi-me da reduzida quantidade de artigos publicados nesta área. Será também interessante ultrapassar as limitações referidas no estudo e recolher dados noutros serviços de urgências pediátricas de outros centros hospitalares.

Para finalizar, ressalta-se que a dor é uma experiência individual, influenciada por múltiplos fatores pessoais, culturais e sociais, expetativas e estados emocionais. Assim sendo, cuidar da criança com dor exige mais que uma simples abordagem, exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente capaz de envolver todos estes componentes. A dor exige do cuidador, mas também dos enfermeiros uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação.

Em suma, considera-se que a realização deste trabalho foi gratificante a nível pessoal, profissional e académico, uma vez que, este potenciou o desenvolvimento de diferentes competências. É com enorme satisfação, que enquanto enfermeira, concluo este percurso de aprendizagem. Sinto, assim a necessidade de afirmar que, este documento, constitui o culminar de uma etapa, estando orgulhosa da forma como processei todas as fases desta tese.

## 8 – Referências bibliográficas

- Alves, M. (2010). *Validação de uma escala para avaliação da dor em crianças brasileiras menores de cinco anos* (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Batalha, L.M.C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, 16-21. Retirado de [http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art\\_03\\_estesl\\_suplemento\\_2013.pdf](http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf)
- Beckhauser, G. C., Souza, J.M., Valgas, C., Piovezan, A. P. & Galato, D. (2010) Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr*, 28 (3), 262-8.
- Bernardes, B. & Castro, E. K. (2010, Abr-Jun). Dor Abdominal Recorrente na Criança como Sintoma da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 217-226.
- Blasi, D, Candido, L, Tacla, M & Ferrari, R (2015). Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 301 – 310, Londrina. Retirado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18491/16956>
- Boni, V & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. 2 (3), 68-80.
- Breau LM, McGrath PJ, Camfield CS & Finley GA (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain*. 99:349–57
- Dias, T.L., Oliveira, C.G.T., Enumo, S.R.F & Paula, K.M.P. (2013). A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Psicologia USP*, 24 (3), 391-411.
- Diefenbach, G.D.F. & Motta, M.G.C. (2011). O cuidar em enfermagem: família e criança com dor oncológica. *Cogitare Enferm*, 17(3), 458-63.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Ministério da Saúde.
- Fernandes, A. (2010). Doença Inflamatória Intestinal Pediátrica: Uma patologia em crescendo?. *Acta Med Port*. 333–338. Lisboa. Retirado de [http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1400/1/Acta%20Med%20Port%202011\\_24\\_333.pdf](http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1400/1/Acta%20Med%20Port%202011_24_333.pdf)

- Finley, G.A (2010). Supporting Evidence for ChildKing Principles. Washington. Retirado de <http://anesweabout.tch.harvard.edu/sites/childkindinternational/files/2013/05/EvidenceChildKindPrinciplesPort.pdf>.
- Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3.<sup>a</sup> ed). Loures: Lusociência
- Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D.(2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Kanai, K.Y. & Fidelis, W.M.Z (2010). Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Rev Dor*,11 (1),20-27.
- Kopf, A. & Patel, N (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Retirado de [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf)
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Linhares, M.B.M. & Doca, F.N.P (2010).Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*,18(2), 307-325.
- Luft, A. D. F. (2010). *Compreendendo a dor durante a hospitalização: manual de orientações para a criança* (Tese de Licenciatura). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre
- Ministério da Saúde (2011). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Mota, A. M.G. (2011). *A Dor na Criança e Família* (Relatório de Estágio). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

- Nair, S. & Neil, M. (data) Dor Pediátrica: Fisiologia, Avaliação e Farmacologia. *Sociedade Brasileira de Anestesiologia*. 1-9. Acedido em [http://grofsc.net/wp/wp-content/uploads/2013/07/Dor\\_pedi%C3%A1trica.pdf](http://grofsc.net/wp/wp-content/uploads/2013/07/Dor_pedi%C3%A1trica.pdf)
- Oliveira, R. (2011). *Dor da Criança em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: Percepções da criança e da família* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia Orientador de Boa Prática*. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pfaffenbach, G. (2010). Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. *Rev Paul Pediatr*, 28(3), 260-1.
- Portnoi, A. (2011). *Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia* (Tese de Doutoramento). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Preto, R. (2014). *A técnica de distração no alívio da dor em crianças hospitalizadas: Um ensaio clínico randomizado* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
- Rossato, L. M. (2004). Dimensões do Cuidado da Criança com Dor e de Sua Família. *Rev Min. Enf.* 8(4), 501-505.
- Rossato, L. M. & Angelo, M. & Silva, C. A. A. (2007). Cuidando para a Criança Crescer Apesar da Dor: A Experiência da Família. *Rev Latino-am Enfermagem* 15(4)
- Silva, F. A. (2012). Avaliação da dor em crianças com paralisia cerebral grave e relação de características clínicas e demográficas (Tese de Licenciatura). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre
- Silva, L.D.G. Rossetto, E.G. & Tacla, M.T.G.M. (2010). Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14 (3), 519-526.
- Teixeira, M. & Yeng, L. (2011). Failed back surgery pain syndrome: therapeutic approach descriptive study in 56 patients. *Rev Assoc Med Bras.* 282 – 287. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691691>



**Anexos**



**Anexo 1 - Guião da entrevista**





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
**4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e**  
**Pediatria**



**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_ minutos

**Dados da Criança**

Sexo

Masculino

Feminino

Idade

\_\_\_\_\_

**Dados do Cuidador**

Idade:

\_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino   
Feminino

Grau de Parentesco:

\_\_\_\_\_

Estado Civil:

\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:

\_\_\_\_\_

Estado Ocupacional

\_\_\_\_\_

**Guião da Entrevista**

1. Que tipo de dor o fez recorrer ao Serviço de Urgência com a criança? Administrou medicação para a dor?
2. É a primeira vez que recorre ao Serviço de Urgência por situação de dor na criança? Se não, em média, quantas vezes já recorreu por situação de dor?
3. Considera que a criança já sentiu dor anteriormente?
4. Que comportamento(s) observa na criança para o levar a pensar que esta sente dor?
5. O que costuma fazer para aliviar a dor da criança quando esta refere que sente dor?
6. Que medidas para alívio da dor conhece?
7. Costuma administrar medicação analgésica (para a dor)? Se sim, qual? Se não, qual é a razão para não administrar?

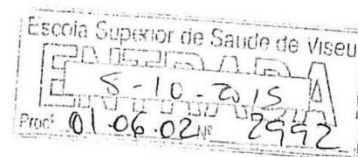


**Anexo 2 - Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar  
Baixo Vouga EPE**



## CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO  
 Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)  
 Matrícula na Conservatória do Registo Comercial  
 de Aveiro  
 Capital Social 40.284.651 €  
 Pessoa Colectiva nº 510 123 210



Exma. Senhora

Maria Isabel Oliveira Silva  
 Escola Superior de Saúde de Viseu  
 R. D. João Crisóstomo Gomes Almeida 102  
 3500-843 Viseu

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro, 29-09-2015

05 OCT 15 05:00 064716

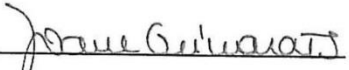
**ASSUNTO: Resposta ao VI Pedido de autorização de realização de estudo no CHBV, E.P.E.**

Em resposta à V/ solicitação subordinada ao tema "Perceção dos Cuidadores relativamente à dor em crianças com idade compreendida entre os 3 e os 10 anos", vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética e por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Quando concluído, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação

  
 (Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.



**Anexo 3 - Consentimento informado dirigido aos entrevistados**



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do 4º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “A Perceção dos Cuidadores Relativamente à Dor das Crianças”, cujos principais objetivos são:

- Identificar os indicadores comportamentais valorizados pelos cuidadores para avaliarem a dor na criança;
- Perceber se os cuidadores aplicam medidas farmacológicas ou não farmacológicas para alívio da dor.

Solicitamos a sua participação neste estudo autorizando a gravação de uma entrevista em que lhe serão colocadas algumas questões sobre a sua experiência em situação de dor em crianças.

Prevemos que a entrevista tenha uma duração de cerca de 15 minutos. As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento pela equipa que realiza o estudo garantindo a reserva da confidencialidade e anonimato das informações, não surgindo o seu nome em nenhum documento. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre este assunto. No final do estudo destruiremos as gravações.

A sua participação é importante, mas completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si ou para a criança.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

- Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_