

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

À Professora Doutora Graça Aparício por todos os ensinamentos, orientações, disponibilidade e permanente incentivo.

Ao Professor Doutor João Duarte e ao Professor Jorge Gamboa pela colaboração no tratamento estatístico.

Ao Professor Doutor Luís Batalha por ter aceitado o nosso pedido de co-orientação, pela disponibilidade que manteve durante todo o desenvolvimento deste estudo.

Aos enfermeiros e aos pais que participaram na investigação e sem os quais não era possível a sua realização.

Aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital Sousa Martins e do Centro Hospitalar Cova da Beira pela colaboração na aplicação do Instrumento de Recolha de Dados.

Ao meu marido e aos meus filhos pelo apoio que me deram, pela tolerância que tiveram e pelo tempo que não puderam partilhar comigo.

A todos que contribuíram para a realização desta dissertação.

A toda a minha família pelo amor que me transmitem...

Resumo

Enquadramento: A falta de conhecimentos na área da dor tem sido vista como a maior causa para a perpetuação de mitos, crenças e preconceitos que impossibilitam uma avaliação precisa e, conseqüentemente, uma prevenção e tratamento eficientes.

Objetivos: Analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança; identificar as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança; Identificar as analogias entre os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e de caráter transversal, realizado numa amostra não probabilística de 46 enfermeiros, 84,8% sexo feminino, (média idades= 42,8 anos; SD= 9,1), que exercem funções em unidades de internamento e urgência pediátricas de dois hospitais da região centro do país. A amostra integrava igualmente 173 progenitores, 85,3% mães, (média de idades= 34,5 anos; SD= 6,4) de crianças internadas nas mesmas unidades. Foram aplicados dois questionários, um aos enfermeiros e outro aos pais, compostos por duas partes, uma relativa à caracterização sociodemográfica, profissional e clínica dos inquiridos, e o inventário de Saberes e Práticas dos Enfermeiros no Alívio da Dor Pediátrica de Batalha (2001).

Resultados: Os enfermeiros tinham em média 19,5 anos de profissão, (SD=8,7) e 71,1% trabalhavam em média há 14,9 anos em pediatria. Os pais tinham maioritariamente (44,7%) 1 filho e 36,6% frequentaram o ensino secundário. Avaliados os conhecimentos e práticas segundo 6 dimensões de dor: *conceito*, *tolerância*, *reconhecimento* e *avaliação da dor*, *cuidados farmacológicos* e *cuidados não farmacológicos*, verificou-se no global que os conhecimentos e práticas dos enfermeiros são adequados e o *reconhecimento da dor* foi a dimensão com mais respostas desadequadas. Os enfermeiros mais novos utilizam mais *cuidados não farmacológicos* ($p= 0,042$), os do sexo feminino são mais sensíveis à *avaliação da dor* ($p= 0,013$), os pertencentes ao Hospital 1 evidenciaram-se na *avaliação da dor* e nos *cuidados farmacológicos* ($p < 0,05$) e a formação na área adequa a análise do *conceito de dor*, *tolerância*, *avaliação* e *cuidados farmacológicos* ($p < 0,05$) perante a dor. Os pais, demonstraram ter conhecimentos e práticas mais adequados apenas na dimensão *cuidados não farmacológicos* e os mais velhos e casados nos *cuidados farmacológicos* ($p=0,002$; $p=0,036$ respetivamente). Os que tinham três ou mais filhos revelaram melhores conhecimentos relativamente ao *conceito de dor* ($p=0,016$) e os que tinham estudos superiores responderam adequadamente às afirmações da *tolerância à dor* ($p=0,005$), *cuidados farmacológicos* ($p=0,000$) e *cuidados não farmacológicos* ($p=0,003$). Os pais de crianças internadas no Hospital 1 mostraram-se mais sensíveis à *avaliação da dor* ($p=0,039$) e os de crianças com patologia cirúrgica evidenciaram no *conceito de dor* ($p=0,019$). Apenas se verificou analogias na abordagem da dor entre os enfermeiros e pais no *reconhecimento da dor* e nos *cuidados não farmacológicos*.

Conclusão: Face a outros estudos, estes resultados evidenciam uma evolução positiva e permitiram identificar pontos fortes e fracos nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais na abordagem da dor na criança. Passar da intencionalidade à prática de excelência implica formação contínua das equipas, desconstruir mitos e preconceitos e uma abordagem efectiva de parceria entre enfermeiros/criança/família, promovendo o *empowerment* dos pais. Controlar eficazmente a dor da criança é um dever fundamental das equipas de saúde.

Palavras-chave: Dor, conhecimentos, criança, enfermeiros, pais.

Abstract

Background: The lack of knowledge around pain is being mentioned as the biggest cause for myths, beliefs and prejudice perpetuation that make impossible a precise evaluation and therefore, an efficient prevention and treatment.

Objectives: To analyse nurses and parents' knowledge and practices towards children's pain; To identify sociodemographic, professional and clinical context variables that are positively associated with nurses 'and parents' knowledge and practices regarding children's pain; To identify the analogies between the knowledge and practices of nurses and parents in the face of pain in the child.

Methods: Quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study within a non-probabilistic sample composed by 46 nurses, 84,8% female (average age = 42,8 years old; SD =9,1), that perform duties for emergency hospitalization in pediatric units from two Hospitals in Portugal's central-region. The sample also included 173 parents, 85.3% were mothers, (mean age = 34,5 years, SD = 6,4) of children hospitalized in the same health units. Two questionnaires were applied, one applied to nurses and the other to parents, composed of two parts, one related to the sociodemographic, professional and clinical characterization of the respondents, and the Inventory of "*Saberes e Práticas dos Enfermeiros no alívio da Dor Pediátrica de Batalha (2001).*"

Results: The nurses had in average 19,5 years of experience (SD=8,7), 71,1% working in average 14,9 years in pediatrics. The parents had a majority (44,7%) 1 child and 36,6% attended high school. The expertise was assessed in 6 pain dimensions: concept, tolerance, recognition, evaluation, pharmacological care and non-pharmacological care, it was verified that in general, nurses' knowledge and expertise is adequate and the recognition of pain was the dimension with the most inadequate responses. The younger nurses used more non-pharmacological care ($p = 0,042$), the female nurses were more sensitive to pain assessment ($p = 0,013$), those belonging to Hospital 1 showed evidence of pain and pharmacological care ($p < 0,05$) and the training in the area suited the analysis of the concept of pain, tolerance, evaluation and pharmacological care ($p < 0,05$) for pain. The parents showed the most adequate knowledge and practices only in the non-pharmacological care dimension and the older and married couples in pharmacological care ($p = 0,002$, $p = 0,036$ respectively). Those who had three or more children had better knowledge about the concept of pain ($p = 0,016$) and those with higher studies responded adequately to the statements of pain tolerance ($p = 0,005$), pharmacological care ($p = 0,000$) and non-pharmacological care ($p = 0,003$). The parents of children hospitalized at Hospital 1 were more sensitive to pain assessment ($p = 0,039$) and those of children with surgical pathology evidenced in concept of pain ($p = 0,019$). Analogies in the approach of pain were only found among nurses and parents in the recognition of pain and non-pharmacological care.

Conclusion: Compared with other studies, these results show a positive evolution and allowed the identification of strengths and weaknesses in the knowledge and practices of nurses and parents in the approach to pain in children. Moving from intentionality to the practice of excellence implies continuous training of teams, deconstructing myths and prejudices, and an effective partnership approach between nurses / child / family, promoting the empowerment of parents. Controlling effectively the pain of the child is a fundamental duty of the health teams.

Keywords: Pain, knowledge, children, nurses, parents.

Índice

	Pág.
Introdução -----	21
Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----	23
1 - A dor na criança -----	25
1.1 - Conceitos e tipos de dor -----	25
1.2 - Teorias da dor -----	27
1.3 - Neurofisiologia da Dor -----	29
1.4 - Fatores que influenciam as experiências de dor na criança -----	30
1.5 - Reações comportamentais da criança-----	34
2 - O controlo da dor na criança -----	37
2.1 - Avaliação da dor na criança -----	38
2.2 - Tratamento da dor em pediatria -----	49
2.3 - Barreiras ao controlo da dor-----	56
3 - A abordagem da dor na criança pelos enfermeiros e pais -----	61
3.1 - Influência das características socio profissionais dos enfermeiros na abordagem da dor -----	61
3.2 - Abordagem da dor pelos pais-----	64
3.3 - Conhecimentos e atitudes dos pais face à dor na criança-----	65
Parte II - ESTUDO EMPIRICO -----	69
1 – Metodologia -----	71
1.1 – Métodos -----	71
1.2 – Participantes-----	73

1.2.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de enfermeiros-----	74
1.2.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra de pais-----	75
1.3 - Instrumento de colheita de dados -----	76
1.3.1 - Estudo Psicométrico do inventário de conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança-----	77
1.4 - Procedimentos metodológicos e éticos -----	78
1.5 - Análise de dados -----	79
2 – Resultados-----	83
2.1 - Análise descritiva -----	83
2.2 - Análise Inferencial -----	98
3 - Discussão -----	113
3.1 - Discussão metodológica -----	113
3.2 - Discussão dos resultados -----	114
4 – Conclusão-----	127
Bibliografia-----	133
Anexos -----	139
Anexo I - Pedido e autorização para a aplicação do Inventário de Saberes e Práticas dos enfermeiros no alívio da dor pediátrica	
Anexo II - Instrumento de colheita de dados I – Enfermeiros	
Anexo III - Instrumento de colheita de dados II – Pais	
Anexo IV - Autorizações para a aplicação do instrumento de colheita de dados	
Anexo V - Termos de Consentimento Informado	

Índice de quadros

Pág.

Quadro 1 - Desenvolvimento cognitivo e respostas das crianças à dor ----- 35

Quadro 2 - Resultados Psicométricos do estudo do Inventário de saberes e práticas dos
enfermeiros e pais perante a dor na criança ----- 78

Índice de Tabelas

Pág.

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos enfermeiros -----	74
Tabela 2 - Idade dos Enfermeiros em função do sexo -----	74
Tabela 3 -Estatísticas da Idade dos Pais em função do Grau de Parentesco -----	75
Tabela 4 -Idade dos Pais em função do Grau de Parentesco -----	75
Tabela 5 -Estatísticas relativas Tempo de serviço profissional dos Enfermeiros em função do Sexo-----	84
Tabela 6 -Tempo de serviço profissional em função do sexo-----	84
Tabela 7 - Local onde exercem funções em função do serviço -----	85
Tabela 8 - Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria (S.I.P) -----	85
Tabela 9 - Tempo de exercício profissional na área de S.I.P em função do Serviço ----	85
Tabela 10 - Caracterização académica e profissional dos Enfermeiros -----	86
Tabela 11 - Características Sociodemográficas dos Pais-----	87
Tabela 12 - Caracterização profissional-----	88
Tabela 13 - Local onde a criança está internada em função do Grau de Parentesco----	88
Tabela 14 - Situação Clínica em função da instituição de internamento -----	89
Tabela 15 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao conceito da dor -----	90
Tabela 16 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à tolerância à dor -----	91
Tabela 17 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao reconhecimento da dor -----	92
Tabela 18 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à avaliação da dor-----	93
Tabela 19 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados farmacológicos-----	94
Tabela 20 - Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados não farmacológicos-----	95
Tabela 21 - Matriz de Correlações entre as dimensões do questionário dos enfermeiros e as dimensões da dor -----	96
Tabela 22 - Matriz de Correlações entre as dimensões do questionário dos pais -----	97
Tabela 23 - Análise da relação entre a idade e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor-----	98

Tabela 24 - Análise da relação entre o sexo e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	99
Tabela 25 - Análise da relação entre o tempo de exercício profissional e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	99
Tabela 26 - Análise da relação entre a Instituição e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	100
Tabela 27 - Análise da relação entre o Serviço e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	101
Tabela 28 - Análise da relação entre o tempo de exercício profissional na área de S.I.P e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	101
Tabela 29 - Análise da relação entre as habilitações académicas e profissionais e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	102
Tabela 30 - Análise da relação entre a formação específica na área da dor e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor -----	103
Tabela 31 - Análise da relação entre a idade e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	104
Tabela 32 - Análise da relação entre o grau de parentesco e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	104
Tabela 33 - Análise da relação entre o número de filhos e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	105
Tabela 34 - Análise da relação entre o estado civil e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	106
Tabela 35 - Análise da relação entre a escolaridade e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	106
Tabela 36 - Análise da relação entre a situação laboral e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	107
Tabela 37 - Análise da relação entre o local onde a criança está internada e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	108
Tabela 38 - Análise da relação entre o motivo de internamento e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor -----	108
Tabela 39 - Estatísticas das dimensões do questionário conhecimentos e práticas na abordagem da dor em função dos enfermeiros e pais -----	110
Tabela 40 - Teste de U Mann-Whitney das dimensões do questionário de conhecimentos e práticas na abordagem da dor entre os enfermeiros e pais -----	110

Índice de Figuras

Pág.

Figura 1 - Escala EDIN (Échelle de Doleur et d`Inconfort du Nouveau-Né) -----	42
Figura 2 - Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) -----	43
Figura 3 - Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)-----	44
Figura 4 - Escala NFCS (Neonatal Facial Coding System)-----	44
Figura 5 - Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)-----	45
Figura 6 - Escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised) -----	46
Figura 7 - Escala Visual Analógica (EVA) -----	47
Figura 8 - Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) -----	48
Figura 9 - Escala Numérica (EN) -----	48
Figura 10 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas-----	73

Lista de abreviaturas e siglas

AAS – Ácido acetilsalicílico

AINE – Anti-inflamatórios não esteroides

ANAES – Agence Nationale d'Acréditation et d'Évaluation en Santé

APPT – Adolescent Pediatric Pain Tool

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dp – Desvio padrão

EDIN – Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics

EN – Escala Numérica

EP - Erro Padrão

EVA – Escala Visual Analógica

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FLACC-R - Faces Pain Scale-Revised

FPS-R - Faces Pain Scale-Revised

GCT – Gate Control Theory

HSM – Hospital Sousa Martins

IASP – International Association for the Study of Pain

K - kurtosis

NFCS - Neonatal Facial Coding System

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

OM – Ordenação Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PIPP - Premature Infant Pain Profile

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

Sk - *Skewness*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UMW - U-Mann Whitney

Introdução

A dor na criança nem sempre foi motivo especial de atenção, todavia hoje representa, preocupação crescente para pais e profissionais de saúde. Este novo paradigma, isto é, o reconhecimento da sensibilidade das crianças à dor, assente em evidência inquestionável, tem implicações imediatas, no que se refere à rapidez do diagnóstico e à precocidade da terapêutica antiálgica adequada (IAC, 2006).

O controlo da dor tem sido, nos últimos anos, uma área prioritária em Portugal. Em 1999 foi instituído o Dia Nacional de Luta contra a Dor, em 2001 é publicado pela Direção Nacional da Saúde o Plano Nacional de Luta contra a Dor (DGS, 2001). Em 2003 a dor é considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003) e entre 2004 e 2010 foram criados programas de sensibilização e formação para profissionais de saúde e reorganizados cuidados na área da dor, inseridos no Plano Nacional de Saúde (Batalha, 2001).

A dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, sendo o seu controlo uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas. As pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer (Batalha, 2013). Por isso, a dor é uma das razões mais frequentes que levam as pessoas a procurar ajuda junto dos profissionais de saúde (Manworren, 2007, citado por Prieto, Galán e Kiza, 2015).

Na equipa de saúde, o enfermeiro é o profissional que tem um contacto mais próximo e prolongado com o utente, esta relação privilegiada, leva a uma responsabilidade acrescida na promoção e manutenção do bem-estar das pessoas, desempenhando um papel chave na resolução do problema da dor (Carter, 1994, citado por Batalha, 2001).

Como experiência humana, a dor é um fenómeno complexo, subjetivo, que deve ser analisado como experiência pessoal de quem a vivência, e como experiência pessoal daquele que presta cuidados para o seu alívio. Ambos são influenciados por mitos, crenças, medos, preconceitos e valores culturais e religiosos que, por vezes levam a uma abordagem menos lúcida, indispensável a um verdadeiro cuidar humanizado (Burr, 1998 e Januário, 1991, citados por Batalha, 2001).

Tendo em conta esta realidade, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Quais são os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

- Quais as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança?

- Que analogias existem entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

Perante as questões enunciadas delineamos os seguintes objetivos:

- Analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros perante a dor na criança.
- Analisar os conhecimentos e práticas dos pais perante a dor na criança.
- Identificar as variáveis que se associam positivamente aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros perante a dor na criança.
- Identificar as analogias entre os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança.

Estruturámos este estudo em duas partes, o enquadramento teórico e o estudo empírico. Na primeira parte aborda-se a temática da dor na criança, o controlo da dor e a sua abordagem na criança pelos pais e pelos enfermeiros. A segunda parte contém os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, a descrição do método de colheita de dados, a descrição do questionário, os procedimentos éticos e legais tidos em consideração, a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados. Por último fazemos a apresentação e discussão dos resultados. Encerramos o trabalho com uma reflexão acerca do estudo desenvolvido e das implicações que este poderá trazer para a prática da enfermagem.

1 – A dor na criança

Milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor, afetando todas as faixas etárias, independentemente do estado social, económico e cultural, causando sofrimento.

A dor é uma experiência universal com início precoce na vida de todos nós e como experiência individual ela influencia a construção psicológica e social da pessoa. Deste modo, a dor é influenciada por variáveis inerentes à própria pessoa, mas também pelo processo de saúde ou doença em que ocorre e ao contexto onde é vivenciada. Pode ser a resposta ao problema de saúde, ou ser ela mesma o problema de saúde (Fernandes, 2000).

Em Pediatria este sintoma assume especial relevância, pois a experiência de dor é influenciada pela idade da criança, pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa da dor e pela capacidade de expressar a sua dor (Jacob, 2014).

1.1 Conceitos e tipos de dor

A dor é uma experiência subjetiva, pelo que a forma como se sente e classifica é única e intransmissível, concedendo-lhe por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada (OE, 2013).

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p.6). Esta definição evidencia a capacidade de a dor afetar a pessoa na sua globalidade, pela sua abordagem, em muitos casos deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência da dor na população pediátrica mostram valores entre 15 a 30% (Chambers, Biesanz, & Chen, 2008; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000) citados por Farias (2014).

Sendo a dor um fenómeno complexo, alguns autores estabeleceram alguns critérios para a sua classificação. Segundo o critério da persistência da dor no tempo, podemos apresentar dois tipos de dor, a dor aguda e a dor crónica.

Dor aguda

A dor aguda é o tipo de dor mais frequente e está associada a lesões, acidentes, tratamentos médicos, procedimentos cirurgicos, infeções ou agravamento da doença subjacente (Jacob, 2014).

Segundo a IASP caracteriza-se como sendo de início súbito e de provável duração limitada, tem normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida (DGS, 2012). Este tipo de dor diminui progressivamente até desaparecer após alguns dias ou semanas, ou quando a cura ocorre (Batalha, 2010).

A dor é um sintoma muito importante para o diagnóstico de várias doenças, sendo a principal causa de procura de cuidados de saúde. Embora possa ser útil em determinadas circunstâncias, os seus efeitos são nocivos, pois tal como refere Batalha (2010) desencadeiam reações comportamentais e fisiológicas (hormonais e metabólicas). O mesmo autor evidencia ainda que a criança hospitalizada sofre não só a dor inerente à sua doença, mas também por ser submetida a experiências dolorosas, por vezes repetidas e prolongadas, devido a atos de diagnóstico e terapêuticos. A dor aguda tem como respostas o aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e intracraniana e uma diminuição da saturação de oxigénio, que só por si podem originar ou agravar situações clínicas. Independentemente da sua localização, afeta a quase totalidade das funções orgânicas e influencia de forma adversa a morbidade e mortalidade.

A dor aguda é também descrita como “uma dor previsível, de duração inferior a três meses, que desaparece quando tratada, podendo estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo e frequentemente acompanhada de ansiedade” (Batalha, 2010, p. 5).

Dor Crónica

A dor crónica é, habitualmente, definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (DGS, 2008).

Similarmente, Batalha (2010) caracteriza a dor crónica como sendo de longa duração (três ou mais meses), sem função biológica e que persiste depois de cumprir uma função necessária. Não é considerado um sintoma ou ferimento, mas sim uma doença que causa debilidade e depressão profunda. Ocorrem estados de hiperexcitabilidade persistentes que permanecem mesmo depois da lesão já ter desaparecido. O sistema nervoso não consegue restabelecer a atividade neuronal para níveis homeostáticos normais. Assim, deverá ser tratada como uma verdadeira doença que exige diagnóstico e tratamento .

Nas crianças afeta negativamente o bem estar físico e psicossocial, estão também documentados casos de distúrbios do sono, mais de metade das crianças com quadros dolorosos referem dificuldade em dormir (Walters e Williamson, 1999; Palermo e Kiska, 2005, citados por Jacob, 2014).

A dor crónica é um problema importante para crianças e adolescentes, pois quando sofrem de dores continuas, não só a sua saúde física é afetada, mas também a sua saúde emocional e mental (Mu, P. F., Chen Y. C. & Cheng, S. C., 2009).

O estudo de revisão narrativa da literatura de Sallum, Garcia e Sanches (2012) concluiu que as principais repercussões relacionadas com a dor aguda são alterações neurovegetativas indicativas de sinais de alerta, enquanto que a dor crónica envolve fatores emocionais, culturais, sócio-afetivo, psíquico, entre outros. A avaliação da dor aguda é mais simples se comparada à avaliação da dor crónica e na prática clínica destacam-se a intensidade da dor, alterações neurovegetativas e medidas relacionadas ao tratamento medicamentoso. Na dor crónica indica-se a utilização de instrumentos multidimensionais que permitem avaliar a questão algica de forma mais complexa e abrangente. A literatura é enfática em apontar sobre a subjetividade ou vivência do fenómeno algico, contra indicando padronizações ou uma generalização de condutas, seja em casos de dores agudas ou crónicas.

1.2 – Teorias da dor

Ao longo dos séculos, cientistas e filósofos têm desenvolvido várias teorias da dor que refletem as correntes de pensamento da sua época (filosóficas, científicas e tecnológicas). Todas as teorias abordam a experiência dolorosa sobre os seguintes aspetos: sensorio/percetuais (discriminação da dor no tempo, espaço e intensidade); emocionais/motivacionais (sentimentos negativos que motivam respostas comportamentais da dor). As teorias evidenciam um ou vários destes aspetos e, dividem-se em teorias neurofisiológicas e psicológicas, refletindo a dualidade entre o corpo e mente (Batalha, 2010).

De entre as teorias que mais se destacaram, Teoria Psicofisiológica do ciclo dor/ansiedade/tensão, Teoria da Especificidade ou Tradicional, Teoria da Interação Sensitiva, Teoria Afetiva, Teoria Wind-Up e Teoria do Portão ou *Gate Control Theory* (GCT), iremos abordar mais pormenorizadamente esta última teoria, por ser a que explica o fenómeno da dor de forma mais abrangente.

- Teoria do Portão ou GCT

Foi apresentada em Inglaterra em 1965 por Melzack e Wall, é a teoria que atualmente explica de forma mais abrangente o fenómeno da dor.

A introdução da Teoria do Portão, a aceitação da influência dos fatores psicológicos e a perceção de que a dor é o resultado de um processo biopsicológico muito complexo, permite compreender melhor o fenómeno da dor (Amaral-Bastos, 2005).

A GCT considera a existência de um mecanismo neuronal – porta ou portão – localizado nos cornos posteriores da espinal medula que funciona permitindo ou não passar o fluxo de impulsos elétricos desde as fibras aferentes primárias até ao sistema nervoso central. A abertura e o fecho do portão deve-se ao equilíbrio da atividade das vias aferentes primárias (fibras A β e A δ , C) e pelas influências descentes do cérebro, assim a porta abre devido à ação de neurotransmissores de excitação e fecha pela libertação de neurotransmissores de inibição, como por exemplo a serotonina, as encefalinas e outras endorfinas, quando a quantidade de informação que atravessa o portão excede um certo nível crítico são ativadas zonas neurais responsáveis pela experiência dolorosa e sua reação.

As fibras A δ e C são responsáveis pela libertação de substâncias excitatórias, como a substância P, enquanto as fibras A β libertam substâncias neurotransmissoras com efeito inverso, ou seja, de inibição. Assim, o efeito da massagem, o calor ou a estimulação nervosa transcutânea de baixa intensidade estimulam estas fibras A β , grossas e de transmissão mais rápida que, ao libertarem neurotransmissores de inibição, fecham o portão e impedem a passagem dos impulsos elétricos para o cérebro. Se a ação das fibras A δ e C, finas e de transmissão mais lenta, prevalece sobre as fibras A β , origina a dor devido à libertação da substância P, entre outras substâncias excitatórias (Batalha, 2010).

O mesmo autor refere ainda que esta teoria propõe, também, um mecanismo de controlo do portão por via descendente, desde os centros corticais superiores como núcleos do trigêmeo, da rafe e vestibulares, hipotálamo, substância reticulada e córtex cerebral. Mesmo numa situação em que o impulso das fibras A δ e C sejam dominantes, o que irá provocar a abertura da porta e conseqüentemente a perceção da dor, a porta pode fechar-se devido à ação dos centros superiores através das vias nervosas dorsolaterais de controlo descendente. Este fenómeno ocorre conforme a libertação de opiáceos endógenos

(endorfinas, encefalinas e dimorfinas) que atuam inibindo a produção da substância P. Justifica-se assim o efeito terapêutico da diversão, distração, concentração, aconselhamento e até do efeito placebo no alívio da dor.

Uma das primeiras conclusões da GCT foi excluir a ideia de que a dor era uma sensação simples e conduzida em linha reta até um centro da dor, não tendo em conta a dimensão afetiva e cognitiva da experiência dolorosa. Também explica como a memória de experiências passadas, atenção e emoção podem influenciar a percepção e reação à dor. Assim como a subjetividade da experiência da dor, pois cada indivíduo, é um ser único na sua identidade anatômica, fisiológica, psicológica, social e cultural.

1.3 – Neurofisiologia da Dor

O estudo dos mecanismos fisiopatológicos de transmissão da dor, a par da evolução farmacológica, permitiu que, hoje, o controlo da dor seja possível na maioria das situações. Várias investigações têm sido feitas de forma a aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos (Cardoso, 2013)

Seguidamente iremos apresentar de forma sucinta a fisiopatologia da dor.

Nociceptores

Os mecanismos básicos de percepção da dor, transdução, transmissão, percepção e modulação, são semelhantes entre crianças e adultos, diferindo apenas a nível da maturidade neurofisiológica e cognitiva. A sensibilidade dolorosa, ao invés de outras sensações, caracteriza-se por uma grande variabilidade de expressões de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa pode variar de acordo com a circunstância (Batalha, 2010).

Segundo Castro Lopes (2003) citado por Cardoso (2013), os nociceptores são terminações nervosas, que quando estimuladas, podem produzir dor, encontram-se na pele, tecido celular subcutâneo, músculos, articulações e vísceras. O nociceptor é uma terminação periférica de um neurónio situado nos gânglios raquidianos, cuja terminação central se dirige e entra no corno posterior da medula espinhal e a terminação periférica percorre os nervos sensitivos e termina nos órgãos periféricos. Geralmente estão inativos, quando estimulados por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos podem vir a responder a estímulos nocivos ou parcialmente nocivos (Twycross, 1994, citada por Cardoso 2013).

Os nociceptores têm ainda a capacidade de informar sobre a qualidade da dor, assim como a sua localização, intensidade e duração.

Existem três grupos de fibras sensitivas na pele:

- Fibras A δ , mielinizadas, de pequeno diâmetro, de alto limiar, transportam as sensações dolorosas bem localizadas, térmicas e de pressão.
- Fibras C, transmitem a resposta a estímulos mecânicos, térmicos e químicos, não são mielinizadas, têm uma condução mais lenta, duradoura, de localização menos precisa e associada a uma grande componente afetiva. Correspondem a mais de dois terços de todas as fibras nervosas das vias periféricas.
- Fibras A β , são fibras grossas, mielizadas, de baixo limiar, transportam as sensações não dolorosas (Batalha, 2010 e Cardoso, 2013).

Os recetores periféricos existem desde a 7^a semana de gestação, na zona peri-bucal do feto, e percorrem o resto da face, palmas das mãos e plantas dos pés até à 11^a semana, tronco e raiz dos membros pela 15^a e atingem a totalidade da superfície corporal pela 20^a semana. Ao nascimento a densidade destes recetores é maior que no adulto e a mielinização das fibras A δ é incompleta, o que diminui a velocidade de condução dos impulsos dolorosos, que por seu lado é compensado pelas curtas distâncias interaxionais na criança (Batalha, 2010). Os axónios nociceptores aferentes primários comunicam pela espinal medula através da raiz dorsal e terminam na substância cinzenta da medula. As conexões medulares com os recetores periféricos dão-se entre a 6^a e a 20^a semana.

Ainda antes do nascimento, os recetores opióides já estão desenvolvidos, possibilitando uma ação analgésica mesmo nos prematuros (Batalha, 2010).

1.4 – Fatores que influenciam as experiências de dor na criança

As experiências de dor na criança são influenciadas pela idade, pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa e natureza da dor e pela capacidade da criança expressar a sua dor (Jacob, 2014).

Estes fatores não devem ser ignorados pelos enfermeiros, Carter (1994) citado por Batalha (2003), acrescenta ainda que estes fatores contém componentes experienciais, comportamentais, emocionais, físicos e contextuais. Ainda Batalha (2010) considera que a criança deve ser vista num contexto particular e singular, onde fatores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial), stress extrafamiliar (escola, hospital), organização e funcionamento familiar (modelo disfuncional do papel da dor, excessiva atenção à dor, envolvimento da criança nos conflitos dos pais), expressão sintomática (frequência, intensidade, duração da dor), vulnerabilidade da criança (doença crónica, trauma agudo, inadaptação psicológica), mecanismos mediáticos (sensibilidade

fisiológica, memória da dor, experiências anteriores, ansiedade), entre outros fatores podem influenciar a sua percepção da dor.

Cabe aos profissionais de saúde saber de que forma a percepção da dor na criança pode ser influenciada pelos fatores que passamos a descrever mais pormenorizadamente, para que possam avaliar e planejar estratégias de tratamento eficazes.

Fatores biológicos

A identidade genética de cada pessoa apresenta diferenças na quantidade e tipo de neurotransmissores e recetores que intervêm no processo da dor, o que justifica que os padrões habituais de expressão de dor possam ser causados pelos traços genéticos e não só pelos fatores psicológicos (Batalha, 2010).

A idade influencia a percepção, modulação e manifestações da dor. Nos prematuros as manifestações comportamentais podem estar diminuídas, pois o desenvolvimento sensorial é mais rápido que o motor, quer pela intensidade e duração do estímulo doloroso.

Nas crianças mais pequenas as características anátomo-fisiológicas, relacionadas com a dor levam-nos a afirmar que são hiperálgicas, em relação ao adulto, o que associado à sua baixa reserva energética, as leva a esgotarem facilmente a sua resposta à dor.

No recém-nascido, quanto ao género, as diferenças na resposta à dor devem-se ao facto de que os rapazes possuem maiores níveis de cortisol e mais respostas motoras em relação às raparigas. No entanto estes dados revelaram-se inconsistentes em grupos etários maiores, até aos oito anos não existem diferenças entre os sexos, quanto à intensidade da dor e sensação de desagrado, mas após esta idade, as raparigas apresentam níveis mais elevados de desagrado relativamente à sensação de dor, o que significa que estas têm uma maior percepção para os aspetos emocionais da dor, enquanto os rapazes têm uma maior resistência em exprimir as suas emoções.

Alguns estudos apontam diferenças relativas à idade na prevalência de dor, afirmando que esta aumenta com a idade (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Chambers, Biesanz, & Chen, 2008; Perquin et al., 2000) bem como diferenças de género, sendo que as raparigas reportam mais dores do que os rapazes (Haraldstad et al., 2011; Huguet & Miro, 2008; Perquin et al., 2000), citados por Farias (2014).

As experiências prévias de dor derivam em alterações reversíveis ou permanentes no processamento do sinal doloroso. Alguns estudos em recém-nascidos prematuros revelam que as experiências prévias de dor são o fator mais importante na explicação das diversas respostas à dor (Batalha, 2010).

Fatores cognitivos

“O nível cognitivo influencia a compreensão da experiência dolorosa e a capacidade para a descrever” Batalha (2010, p. 18), ou seja, a forma como as crianças se lembram de experiências passadas influenciam as suas respostas posteriores, as mais novas apresentam maiores níveis de dor durante procedimentos dolorosos, o que se atribui ao facto de provavelmente não serem capazes de compreender conceitos abstratos, de causalidade ou significado da dor. Embora as crianças pequenas tenham tendência para subestimar a memória da dor intensa, elas são capazes de a memorizar, não sendo esta afetada pela ansiedade ou estilo de *coping da criança*.

A DGS (2010) acrescenta que as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer na forma de lidar com o stress.

Fatores psicológicos

O significado que a criança atribui à dor influencia a sua perceção dolorosa, uma dor associada a aspetos positivos origina respostas comportamentais que reduzem a perceção da dor e vice-versa.

O tipo de personalidade da criança também interfere nas respostas à dor, crianças com temperamento difícil (ativas, com comportamentos negativos, sem estabilidade familiar, mal adaptadas) apresentam maiores níveis de ansiedade do que as de temperamento mais fácil (o que pode levar à aplicação de tratamento farmacológico em situações de pós-operatório).

Outra característica individual que influencia a forma como lidam com a dor é o uso de estratégias de *coping*, pois reduzem a sensação dolorosa devido aos efeitos emocionais positivos como a sensação de controlo e domínio.

A hipótese de obter ganhos secundários, tais como brinquedos, a possibilidade de não ir à escola, obter mais atenção, pode levar a um aumento da intensidade da dor percebida ou à manutenção de comportamentos dolorosos, mesmo depois da sua diminuição (Batalha, 2010).

Fatores socioculturais

A criança com dor é um ser particular, sendo as suas respostas à dor únicas, como já referimos anteriormente. Estas diferenças podem ser causadas pela variabilidade dos níveis de neurotransmissores, a resposta aos analgésicos ou o resultado de uma cultura adquirida.

Embora a cultura tenha influência na percepção da dor, a sua interferência na criança pequena não é evidente (Batalha, 2010).

Segundo Cardoso (2013) a casa e a família parecem ser o local onde os adultos transmitem às crianças os valores e atitudes do seu grupo cultural ou étnico que irão influenciar as atitudes, comportamentos, expectativas e significado das experiências, resultando daí parte da variação que existe em relação à intensidade da dor em diferentes grupos étnicos, que se deve também aos significados, crenças e respostas emocionais desses mesmos grupos.

Batalha (2010) salienta que também os valores culturais dos profissionais de saúde podem influenciar a avaliação e o tratamento da dor, assim estes devem abandonar as suas convicções e avaliar a dor com base nos valores culturais e expectativas próprias de cada criança. Do mesmo modo, os conhecimentos e as atitudes dos profissionais acerca da avaliação da dor e a importância que atribuem à sua prevenção e tratamento, influenciam a experiência dolorosa na criança. A falta de conhecimentos na área da dor tem sido vista como a maior causa para a perpetuação de mitos, crenças e preconceitos que impossibilitam uma avaliação precisa e, conseqüentemente, uma prevenção e tratamento eficientes.

Em 2013, Batalha desenvolveu um estudo intitulado “Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década” onde conclui que ao longo de dez anos, entre 2002 e 2012, a prevalência de dor diminuiu significativamente, as crianças sem dor aumentaram de 37% para 75%. O registo da avaliação da intensidade da dor e a colheita de dados sobre a história da dor passou a ser um procedimento comum na maioria dos casos (53% e 64%, respetivamente), apesar de ainda muito orientados para o modelo biomédico. Este estudo avaliou também a prevalência das intervenções não farmacológicas, a qual não se alterou (43% *versus* 42%), embora a implementação de estratégias não farmacológicas tenha baixado significativamente (72% *versus* 15%). Batalha (2013) considera que as ações de sensibilização/formação desenvolvidas nesses dez anos na área da avaliação e controlo da dor pediátrica promoveram evidentes ganhos na qualidade dos cuidados prestados e sugere que o investimento na formação deve prosseguir, devendo ser dada maior prioridade à formação para aplicação de estratégias não farmacológicas e ao desenvolvimento de mais investigação que suporte o planeamento das intervenções.

O ambiente também é descrito como sendo um fator influenciador na percepção da dor, desde o período neonatal, assim como o isolamento, escuridão ou outras situações em que haja restrição sensorial, que irão aumentar a ansiedade e a percepção da dor.

A ansiedade dos pais é outro fator que se une fortemente ao *stress* experienciado pela criança e conseqüentemente com um aumento da intensidade da dor manifestada durante

procedimentos dolorosos. Por este motivo se defende que os pais devam ser preparados para apoiarem os seus filhos, quando estes são submetidos a procedimentos dolorosos, para que possam contribuir de forma eficaz para um melhor controlo e menor perceção da dor. No entanto, a presença dos pais pode levar a um aumento das expressões da dor da criança, pelo facto de se sentirem mais apoiadas (Batalha, 2010).

1.5 – Reações comportamentais da criança

A dor se não for identificada e quantificada não poderá ser tratada, e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades e tipo de intervenção ou da eficácia dos tratamentos.

A avaliação da dor na criança é um desafio na prática de cuidados de enfermagem, pois se na criança capaz de comunicar verbalmente (a partir dos 18 a 24 meses) pode ser menos complexo, na criança pré-verbal a sua identificação só se torna possível recorrendo a medidas fisiológicas e/ou comportamentais, o que a torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva por parte de quem a cuida. O conhecimento e a identificação das manifestações não verbais devem ser interpretados pelos profissionais de saúde, eliminando todas as dúvidas, ou seja, de maneira objetiva, rápida e confiável, evitando erros grosseiros (Batalha, 2010).

As reações comportamentais das crianças desenvolvem-se tendo em conta o seu desenvolvimento cognitivo, resultando a partir daí determinadas respostas. Que segundo Franck, L.S., Greenberg, C.S, Stevens, B. (2000), citados por Batalha (2010) resumimos no quadro seguinte:

Quadro 1- Desenvolvimento cognitivo e respostas das crianças à dor

Desenvolvimento cognitivo	Respostas das crianças à dor
Lactentes	
<ul style="list-style-type: none"> . Não verbaliza para descrever a dor; . Memorizam acontecimentos dolorosos, possivelmente desde a nascença; . Respondem ao comportamento dos pais (ansiedade). 	<ul style="list-style-type: none"> . Resposta corporal generalizada com rigidez, possivelmente com afastamento local reflexo da área estimulada; . Choro forte; . Expressão facial de dor (sobrancelhas franzidas e juntas, olhos fechados com força, e a boca aberta e em forma de quadrado).
Dos 1 aos 3 anos	
<ul style="list-style-type: none"> . Usam expressões verbais para a dor . Ansiedade desconhecida; . Podem sentir mais distress se os pais estão ausentes durante um procedimento doloroso; . Egocêntricos; início da autonomia; sentido de controlo; permitem escolhas durante os procedimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> . Resposta corporal localizada com afastamento intencional da área estimulada; . Choro forte; . Expressão facial de dor ou raiva; . Resistência física (tentam empurrar o estímulo para fora depois de aplicado).
Dos 3 aos 6 anos	
<ul style="list-style-type: none"> . Usam a linguagem para exprimir a dor, a um nível concreto e sensorial; . Acreditam na dor como punição por algo errado que fizeram; . Misturam factos reais com ficção; têm pensamentos mágicos em relação ao desaparecimento da dor; não têm pensamentos de causa efeito; não compreendem como é que algo doloroso os vai ajudar a sentirem-se melhor; . Começam a ter o conceito de tempo; . Temem as lesões corporais ou a mutilação; medo das agulhas; acreditam que quanto maior a quantidade de sangue pior é o ferimento; . Tentam atrasar os tratamentos que causam dor ou desconfortáveis . Precisam de sentido de controlo; cooperam melhor se forem envolvidos na avaliação e tratamento; . Tendem a culpar alguém pela própria dor e podem bater na pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> . Choro forte, gritos; . Expressões verbais como “au”, “ui”, “dói”; . Bate com os membros superiores e inferiores; . Tentativas de afastar o estímulo antes que seja aplicado; . Falta de cooperação, é necessário contenção física; . Exige o fim do procedimento; . Agarra-se aos pais, enfermeiros, ou outras pessoas significativas; . Solicita apoio emocional (abraços, colo); . Pode ficar agitado e irritado com a continuação da dor; . Os comportamentos ocorrem de forma antecipada ao procedimento doloroso real.
Dos 6 aos 12 anos	
<ul style="list-style-type: none"> . Temem a mutilação corporal; . Têm raciocínio lógico, mas para coisas concretas; . Começam a raciocinar em termos de causa-efeito; . Podem adiar a gratificação; . Têm a noção de tempo; . Confiam mais nos recursos de <i>coping</i> iniciados por eles do que nos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> . Pode adotar todos os comportamentos do estágio anterior, especialmente durante os procedimentos dolorosos reais, mas menos no período antecipatório; . Comportamentos de adiamento (“espere só mais um minuto” ou “ainda não estou preparado”); . Rigidez muscular (punhos fechados, nós dos dedos esbranquiçados, dentes cerrados, membros contraídos, olhos fechados, testa enrugada).

Adaptado de Frank, L.S., Greenberg, C.S., Stevens, B.(2000) citado por Batalha (2010) e de Craig, K. D., McMahon, Morison, et al (1984), citados por Jacob (2014).

Segundo Kanay e Fidelis (2010) as mudanças comportamentais são os indicadores de dor mais importantes e comuns na criança, principalmente naquelas que ainda não têm capacidade de verbalizar o que sentem ou as que apresentam dificuldade em comunicar por estarem entubadas, traqueostomizadas, ou as que têm algum déficit cognitivo.

Batalha (2010) refere que a resposta comportamental à dor aguda é bifásica, sendo que, a primeira fase caracteriza-se pela expressão de comportamentos associados ao stresse (agitação, hipermotricidade dos membros, crispação da face, choro, gritos) e sinais fisiológicos (aumento da tensão arterial, pulso, frequência respiratória, pressão intracraniana, sudorese palmar, diminuição da saturação de oxigênio, diminuição do tônus vagal e palidez), e a segunda fase define-se como uma resposta, caracterizando-se pelo aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora com perturbação de determinadas atividades (jogar, dormir, comer ou falar). A instalação desta segunda fase pode surgir ao fim de algumas horas, sendo mais rápido na criança mais pequena e com mais dor.

As respostas comportamentais tendem a ser mais específicas e sólidas do que os indicadores fisiológicos, pois a sua variação é muito suave devido ao caráter bifásico da dor, além de que uma avaliação precisa destas respostas requer técnicas invasivas, dispendiosas e demoradas.

Os lactentes não falam e por isso são incapazes de comunicar a sua dor por palavras, assim sem o auto-relato os indicadores fisiológicos e comportamentais são os únicos ao nosso alcance para a medir.

Há relativamente pouco tempo acreditava-se que o recém-nascido não memorizava a dor, devido à imaturidade do sistema nervoso. Porém, embora o lactente não verbalize a sua dor, revela alterações comportamentais após atos dolorosos que nos levam a concluir o inverso. Segundo Rovee-Collier citado por Batalha (2010, p.24), “o lactente entre os três e os seis meses, apresenta capacidade de memorização da expressão dolorosa”. Nesta faixa etária as respostas à dor mais evidentes são o choro, expressão facial (olhos fechados, sobranceiras elevadas e marcadas, fossas nasais abertas, sulcos nasolabiais marcados, boca aberta e protusão da língua), expressão de emoções (alegria, medo, surpresa, raiva, desprezo), expressão corporal (hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimento de retirada e flexão dos membros, localização e proteção da zona dolorosa), alterações comportamentais (alimentares, sono e vigília, resistência física, falta de cooperação, irritabilidade e inquietude) e sinais físicos (polipneia, taquicardia e hipertensão arterial). De todas estas respostas, a expressão facial é a medida de avaliação comportamental mais estudada, sendo por isso considerada como o padrão de ouro das respostas comportamentais do lactente.

2 – O controlo da dor na criança

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais e um direito dos doentes (DGS, 2008). Esta deve ser uma prioridade para todos os profissionais de cuidados de saúde pediátricos. A dor nas crianças pode ser resultado de uma cirurgia, de lesões, de doenças agudas e crónicas e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. A dor não tratada pode ter consequências, a longo prazo, ao nível fisiológico, psicossocial e comportamental (Jacob, 2014).

Similarmente, a Orientação Técnica sobre o Controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) da DGS (2012) refere que os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde. O mesmo documento dá-nos a conhecer que em Portugal foi criado em 2008 o “Programa Nacional de Controlo da Dor” que definiu como estratégias de intervenção a criação e divulgação de orientações técnicas junto dos profissionais de saúde e a implementação de programas eficientes de controlo da dor, com o objetivo da melhoria efetiva da qualidade de vida dos doentes com dor.

O medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde.

Batalha (2010) acrescenta que o correto controlo da dor exige uma avaliação contínua da sua presença e gravidade, assim a frequência de avaliação deve ser semelhante à frequência de avaliação dos sinais vitais, ou seja de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto, caso haja dor documentada. Contudo a frequência de avaliação da dor deve aumentar proporcionalmente com o aumento da sua intensidade. Por isso aconselha-se, em caso de dor não documentada, que seja avaliada pelo menos uma vez a cada oito horas e em caso de dor documentada, a cada quatro a seis horas ou de acordo com a condição clínica da criança e depois de uma intervenção dolorosa, quando haja sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais, para avaliar a eficácia dos tratamentos realizados.

2.1 – Avaliação da dor na criança

A avaliação da dor é um desafio que cada enfermeiro enfrenta ao cuidar de crianças, sendo extremamente importante, pois sem a sua mensuração, torna-se difícil determinar o tratamento mais adequado, porque a eficácia do tratamento depende da avaliação e mensuração confiável da dor (Kanay e Fidelis, 2010). Se a avaliação não for sistemática, dificilmente se controla a dor, pois torna-se impossível delinear outros objetivos sem o controle da mesma. Na avaliação da dor importa considerar duas abordagens, uma qualitativa e outra quantitativa, não esquecendo que a percepção da dor é uma experiência inteiramente pessoal, ou seja, um estímulo que causa dor intolerável num indivíduo pode ser suportado sem qualquer queixa por outro (Fernandes, 2009).

O conhecimento adquirido na forma de medir e avaliar a dor foi um dos avanços mais importantes para o seu estudo e tratamento. Batalha (2010, p. 25) acrescenta ainda que “...saber quantificar a dor na criança é considerado o primeiro passo para o seu correto tratamento”.

Os instrumentos de avaliação da dor pediátrica são, tradicionalmente, descritos como sendo comportamentais, fisiológicos, ou de autorrelato e são usados principalmente para medir a intensidade da dor. Existem vários instrumentos de avaliação da dor pediátrica validados e que são amplamente utilizados (Jacob, 2014).

A preocupação com a dor das crianças advém do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem efeitos a longo prazo, quer fisiológicos quer emocionais, pois as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem apresentar influência sobre as experiências posteriores de dor, quer relativamente à sensibilidade dolorosa, quer à forma de lidar com o stress.

Nas crianças a avaliação da dor possui particularidades que levam a que seja considerada separadamente de outros grupos etários. Podemos mesmo dizer que “...as crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos fatores de variabilidade individual somam-se os fatores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada.” (DGS, 2010).

Atualmente a dor é reconhecida como uma experiência individual e subjetiva, que sofre influência de vários fatores, o que leva a que muitos considerem a sua medição subjetiva e não científica. Assim, a quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando resulta da aplicação de escalas validadas para o efeito. Uma vez que não existe um indicador fisiológico ou comportamental suficientemente sensível e específico, que confirme o diagnóstico de dor. Por esse motivo tem que se recorrer à utilização de vários indicadores da

dor numa escala validada, o que vai permitir aos profissionais de saúde uma avaliação mais segura do que a avaliação subjetiva e individual, resultante dos critérios e indicadores de cada um (Batalha 2010).

Ainda o mesmo autor refere que o subtratamento da dor pediátrica advém da dificuldade com que os profissionais de saúde se deparam na medição da dor. O fenómeno dor é bastante complexo, sendo este o seu primeiro obstáculo à sua avaliação. Torna-se então imperioso objetivar um fenómeno subjetivo, que está sujeito a uma grande variabilidade individual, onde a própria pessoa é o seu melhor avaliador, vários têm sido os estudos nesta área que têm como finalidade objetivar este fenómeno, como é o caso do projeto intitulado Doctor Mobbille, trata-se de uma aplicação informática, que pode ser instalada no telemóvel e que permite monitorizar a dor e comunicar com o médico para ajustar o tratamento (Pombo, 2014).

Em pediatria o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo da criança podem ser uma dificuldade suplementar que levam a uma incapacidade da criança comunicar a sua dor (Batalha, 2010).

Várias são as dificuldades na avaliação da dor na criança pré-verbal, com problemas de desenvolvimento cognitivo e sensorial, com perturbações emocionais, entubada, entre outras. Habitualmente, os profissionais de saúde fundamentam-se nas alterações comportamentais e dos sinais vitais da criança para identificarem a dor, mas estes nem sempre são indicadores seguros. É importante, mas nem sempre é fácil distinguir a dor de ansiedade, de irritabilidade e de agitação, provocadas por outras causas. Na dúvida deve sempre reconhecer-se a dor.

Na avaliação da dor, a utilização de escalas é a forma mais segura para a quantificar, no entanto a prática dos cuidados pouco se tem alterado, mesmo com o desenvolvimento de instrumentos de avaliação fiáveis e válidos. Pensa-se que as razões para que tal aconteça se deva ao facto de a informação sobre os instrumentos de avaliação serem insuficientes, as instruções de interpretação serem imprecisas e o seu uso ser entendido como mais uma tarefa para os Enfermeiros, que nem sempre percebem a sua utilidade e a obrigação ética e moral de avaliarem a dor, nem são responsabilizados por isso, o que irá comprometer o seu tratamento e a qualidade dos cuidados.

Em Portugal, a dor é considerada desde 2003 como “5º sinal vital”, segundo a DGS (2010). A avaliação da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e a idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite.

A mesma orientação considera como norma de boa prática a avaliação da dor:

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos)/pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação (DGS, 2010, p. 1).

O mesmo documento refere que a avaliação da dor possibilita identificar e reconhecer a criança com dor, clarificar um fenómeno subjetivo, como é a dor, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde, promovendo a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil.

Atualmente a avaliação da dor é considerada a essência dos cuidados, existem instrumentos de avaliação válidos e fiáveis adequados à idade, ao desenvolvimento psicomotor, ao tipo de dor e à situação clínica da criança. Existem dois métodos na avaliação da dor, a auto-avaliação, em qua a criança descreve a sua própria dor, e a hetero-avaliação, a partir da observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, que pode ser feita por profissionais de saúde, pais ou outros, quando a criança é incapaz de se auto-avaliar.

Para uma correta avaliação da dor é imprescindível que a escala seja validada, isto é, válida, fiável, sensível, específica, reproduzível e com utilidade clínica. Mas além de reunir estas características é também fundamental que se elabore a história da dor, pois é a partir dela que os profissionais obtém informações úteis para a avaliação da intensidade da dor e seleção das estratégias para prevenção e tratamento, o que contribuirá para uma decisão responsável e adequada (Batalha, 2010).

A história da dor consiste na colheita de dados que permitam orientar a avaliação e o controlo da dor recorrendo a todas as fontes de informação documentais disponíveis, tendo em conta a observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos. Deve ser realizada assim que possível, considerando os seguintes princípios:

- características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- fatores de alívio e de agravamento;
- utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, formas de comunicar a dor;
- experiências anteriores e medos;
- estratégias usadas para enfrentar a dor e outros problemas de saúde, comportamento da criança e ambiente familiar, consequências da dor na vida quotidiana, impacto emocional e socioeconómico (DGS, 2010).

Segundo um estudo realizado por Batalha et al (2014) que consistiu na análise de 830 processos clínicos de crianças até aos 18 anos, a história da dor foi registada em 47,8%, sendo bem elaborada e efetuada nas primeiras 24 horas.

Hetero-avaliação

A hetero-avaliação utiliza-se quando a criança é incapaz de se auto-avaliar, pode ser feita por enfermeiros, médicos, pais ou outra pessoa que tenha conhecimentos sobre o uso de escalas comportamentais ou compostas (escala de dor com itens comportamentais e fisiológicos) para observar a criança (Batalha, 2010).

Jacob (2014) refere que as medidas comportamentais de dor são geralmente utilizadas para crianças até aos 4 anos e a autoavaliação é utilizada para crianças acima dos 4 anos de idade, pois a maioria delas não consegue relatar com precisão a intensidade da sua dor. Os comportamentos de angústia, como vocalização de sons associados à dor, as mudanças na expressão facial e os movimentos corporais súbitos, são associados à dor. Compreender que esses comportamentos estão associados à dor, permite avaliar a dor em crianças com capacidade limitada de comunicação. No entanto, nem sempre é fácil distinguir os comportamentos de dor das reações a outras fontes de angústia, como a fome, a ansiedade ou outros tipos de desconforto, o que pode diminuir a especificidade e a sensibilidade das medidas comportamentais.

A avaliação da dor pode ficar mais completa quando se alia à avaliação comportamental uma medida subjetiva de autorrelato. A utilização de instrumentos de medição do comportamento de dor pode ser mais demorada do que os de autorrelato, pois depende de um profissional treinado em comportamentos das crianças, tais como vocalizações, expressão facial e movimentos corporais que sugerem desconforto.

As principais escalas de hetero-avaliação segundo Batalha (2010) são:

- **EDIN** (Échelle de Doleur et d'Inconfort du Nouveau-Né), avalia a dor em recém-nascidos prematuros e de termo em unidades de neonatologia (cf. Figura 1);

Figura 1: Escala EDIN

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

Fonte: Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 014/2010 (DGS, 2010)

- **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale), mais indicada para prematuros e recém-nascidos de termo (cf. Figura 2);

Figura 2 – Escala NIPS

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

Fonte: Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 014/2010 (DGS, 2010)

- **PIPP** (Premature Infant Pain Profile), útil para a avaliação da dor em procedimentos (cf. Figura 3);

Figura 3 – Escala PIPP

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑0 – 4 bpm	↑5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO₂ mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 –4,9 %	↓5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005; 36(4): 201-207

- **NFCS** (Neonatal Facial Coding System), é uma das escalas mais estudadas e baseia-se nas diferentes expressões faciais do recém-nascido (premature e de termo) quando submetido a procedimentos dolorosos agudos, pode ser utilizada até aos dezoito meses (cf. Figura 4);

Figura 4 – Escala NFC

	0	1
Sobrelha pragueada	Ausente	Presente
Pálpebra cerrada	Ausente	Presente
Sulco naso-labial acentuado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente

Fonte: Batalha, L. Santos L. A., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediatr.Port.*, 36(4), 201-207.

- **FLACC** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), escala comportamental desenvolvida para avaliar a dor pós-operatória em crianças dos dois meses aos sete anos. Pode também ser aplicada em crianças com atraso de desenvolvimento cognitivo e em crianças com menos de dois meses e crianças deficientes até aos vinte e um anos. Esta escala é fácil de aplicar, rápida, facilmente memorizada e mede a dor numa escala de zero a dez pontos, o que facilita a sua comparação com as escalas de auto-avaliação. Apresenta ainda a vantagem de ser válida para o uso em vários tipos e contextos de dor e abranger todo o grupo etário pediátrico (cf. Figura 5);

Figura 5 – Escala FLACC

	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

Fonte: Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 014/2010 (DGS, 2010).

- **FLACC - R** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised), aplicada em crianças com multideficiência (cf. figura 6).

Figura 6 – Escala FLACC-R

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

Fonte: Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 014/2010 (DGS, 2010).

Já em 2015 Batalha et al elaboraram a versão reduzida do Adolescent Pediatric Pain Tool (**APPT**) versão Portuguesa com 24 descritores, é válida para uso em crianças com cancro, entre os 8 e os 17 anos.

Batalha (2010, p. 31), refere ainda que, existem alguns estudos que evidenciam que “os profissionais de saúde e pais tendem a subestimar a dor ao usarem escalas comportamentais, quando comparada com a auto-avaliação da criança”. Outro aspeto relevante é a dificuldade em distinguir comportamentos causados por outros motivos que não a dor, como o stress, agitação, medo, ou outros. O que não invalida que não se avalie e se proceda ao tratamento adequado, pois a dor é sempre um fator de stress que intensifica a percepção da dor e afeta as habilidades de *coping* da criança.

Vários estudos têm demonstrado que a utilização de instrumentos de avaliação validados e multidimensionais originam avaliações de dor mais coerentes com as avaliações da criança.

Auto-avaliação

A auto-avaliação é considerada o modelo de ouro na medição da dor, pois a dor é composta por diversas variáveis subjetivas e por isso a sua avaliação deve valorizar a percepção de quem a vivência (Batalha, 2010).

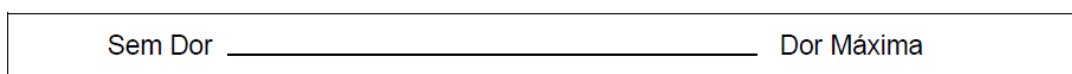
Ainda não está determinado, com rigor, qual o limite de idade a partir da qual a auto-avaliação é válida. Mas a maioria das associações recomenda o seu uso a partir dos quatro anos.

Existem inúmeros instrumentos de auto-avaliação disponíveis, mas a Escala Visual Analógica é aquela que é considerada como o instrumento de referência (Batalha, 2010).

Passamos agora a descrever as escalas de auto-avaliação da dor:

- **EVA** (Escala Visual Analógica) – deve ser aplicada entre os três e os sete anos. É fácil de aplicar, deve ser apresentada na vertical, para evitar a associação com o sentido da escrita (esquerda-direita), associando desta forma ao crescimento (aumento em altura), definir as extremidades deslocando o cursor durante a explicação, utilizando termos neutros, assegurando a compreensão da criança e perguntar qual a sua dor nesse momento (cf. Figura 7);

Figura 7 – Escala Visual Analógica



Fonte: Circular Normativa N°9/DGCG (DGS, 2003)

- **FPS-R** (Faces Pain Scale-Revised) - É a escala de faces recomendada pela IASP e está validada a partir dos quatro anos. Apresenta seis faces sem expressões faciais felizes, tristes ou com lágrimas e usa a face neutra para indicar a ausência de dor, às quais corresponde na face posterior da escala uma pontuação que varia entre zero e dez pontos. Trata-se de um instrumento concreto de fácil compreensão, o que leva a que seja recomendado entre os quatro e os seis anos (cf. Figura 8);

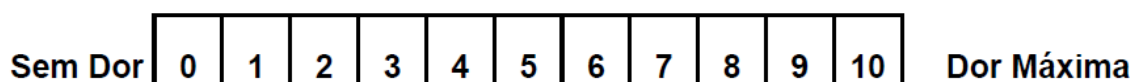
Figura 8 – Escala Faces Pain Scale-Revised



Fonte - Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 014/2010 (DGS, 2010).

- **EN** (Escala Numérica) - Pode ser aplicada em crianças a partir dos cinco anos desde que saibam contar e possuam algum conceito de números. A escala pode ser usada na horizontal ou na vertical (cf. Figura 9);

Figura 9 – Escala Numérica



Fonte: Circular Normativa Nº9/DGCG (DGS, 2003)

Hla et al (2014) realizaram um estudo com crianças submetidas a cirurgia (207 verbais e 100 não verbais), seus pais e os enfermeiros que lhes prestaram cuidados, as escalas utilizadas para avaliação da dor foram a Escala Numérica e a Escala de faces de Wong-Baker (esta escala pode ser utilizada a partir dos três anos). O instrumento utiliza faces sorridentes e/ou com lágrimas que predispõem a criança a avaliar mais o seu estado emocional do que sensorial, pelo que a ANAES (Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) não recomenda a utilização deste tipo de escala. Nas crianças verbais a pontuação relatada por elas e seus pais não diferiu significativamente, o que levou os autores a concluir que sempre que possível o auto-relato das crianças deve ser tido em conta para orientar a gestão da dor, mas na sua ausência, o relato dos pais pode ser usado com confiança. Os resultados obtidos mostraram que a avaliação feita pelos enfermeiros obteve *scores* mais baixos do que o dos pais ou filhos, o que pode resultar num inadequado tratamento da dor.

2.2 - Tratamento da dor em pediatria

A dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, o seu controlo é uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas. As pessoas, independentemente da sua idade ou capacidade para comunicar, têm o direito a não sofrer (Batalha, 2013).

Apesar de se verificar um grande avanço no conhecimento da dor nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e uma conseqüente melhoria no tratamento individual nas várias faixas etárias, muitas crianças ainda veem a sua dor sub-tratada ou tratada de modo insuficiente no contexto clínico atual (Barbosa, 2009 e Batalha, 2010) citados por Guia Orientador de Boa Prática, 2013. Um estudo recente realizado por BA(HONS) et al (2014) aplicado a crianças internadas e seus pais em quatro hospitais, revela que 94% das crianças apresentava dor, sendo que a maioria das crianças (66%) receberam tratamento farmacológico e há referência que as crianças mais jovens foram submetidas a menos avaliações da dor e tiveram menos administração de opioides. Como conclusão, os autores revelam que apesar de alguns estudos sugerirem uma redução da dor em pediatria, os resultados obtidos neste estudo mostram uma elevada frequência de dor mal controlada.

Em contrapartida em Portugal, no mesmo ano, Batalha et al desenvolveram um estudo, já referido anteriormente, que demonstra que 79,9% das crianças não manifestou ou tinha uma dor ligeira (12,5%). Em 92,5% dos casos analisados houve um bom controlo da dor, em cerca de 42,2% houve registo de intervenções farmacológicas e em 15,8% de intervenções não-farmacológicas.

Cuidar a criança com dor exige, para além de um vasto conhecimento dos fármacos analgésicos existentes ao nosso dispor e das suas normas de administração, uma consciência profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor (OE, 2013).

Cuidados Farmacológicos

Nos últimos anos temos assistido a um grande desenvolvimento a nível do tratamento farmacológico. Batalha (2010) considera que a prevenção da dor é encarada como uma finalidade terapêutica para os profissionais de saúde.

Assim, a prevenção e tratamento da dor devem envolver a equipa de saúde, da qual fazem parte os pais e criança, no entanto, são os profissionais de saúde que assumem as maiores responsabilidades na eficácia do tratamento farmacológico. Cabe ao médico, em função do diagnóstico, decidir qual o tratamento, ou seja, tipo de fármaco, dose, frequência,

via e modo de administração e duração do tratamento. O enfermeiro tem a função de preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar, caso esteja prescrita em SOS (medicação a administrar para além da já prescrita), avaliar e comunicar a sua eficácia, vigiar e controlar efeitos secundários, ter um papel educativo junto das crianças e pais, e colaborar na revisão terapêutica em função duma avaliação contínua da dor (Batalha, 2010).

Os fármacos utilizados no controlo da dor são: não opioides, opioides, os adjuvantes e analgésicos locais. Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), os fármacos analgésicos são classificados em três graus, relativamente ao seu modo de ação e/ou capacidade analgésica.

Analgésicos não opioides (Grau I)

Este grupo é certamente o que contém maior variedade de fármacos e também o que é mais consumido, nomeadamente no tratamento farmacológico da dor aguda pediátrica. Estes fármacos diferenciam-se dos opioides por possuírem um “efeito de teto”, e não desenvolverem tolerância, dependência ou depressão respiratória (Batalha, 2010).

São utilizados preferencialmente para dores ligeiras ou moderadas, mas também podem ser úteis em dores intensas, quando associados a fármacos do mesmo grupo ou de grupos farmacológicos diferentes. O seu uso crónico está desaconselhado devido à gravidade dos possíveis efeitos secundários (Cardoso, 2013).

Paracetamol

Segundo Batalha (2010, p.53), “o paracetamol é o analgésico mais prescrito em Pediatria”, é um analgésico fraco eficaz no tratamento da dor ligeira a moderada, sem efeitos gastrointestinais ou anticoagulantes e pouca ação anti-inflamatória. Pode ser associado a opioides fracos para a dor moderada ou com opioides endovenosos para a dor intensa.

A dosagem do paracetamol depende da idade da criança e via de administração, a posologia normalmente preconizada é de 10 a 15 mg/kg/4h para a via oral, a sua absorção por via retal é mais longa e irregular, pelo que, nesta situação, são recomendadas doses que podem atingir 40 mg/kg. Pelo mesmo motivo, os intervalos entre as doses retais devem ser mais longos, ou seja de 6 a 8 horas.

Existem recomendações muito dispares relativamente à posologia do paracetamol, no entanto parece consensual que a via de administração preferencial seja a oral, deve ser escolhida sempre que possível.

Ácido acetilsalicílico (AAS)

Não é recomendado o seu uso no alívio da dor pediátrica, devido à sua associação com a síndrome de Reye.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)

Estes fármacos caracterizam-se pela sua ação analgésica, anti-inflamatória e antipirética (Cardoso, 2013). Também são descritos como “excelentes analgésicos para as dores com componente inflamatória de intensidade ligeira a moderada, e são mais potentes que o paracetamol” (Batalha, 2010. p. 54). Assim como o paracetamol têm efeito de teto e podem ser prescritos associados a analgésicos adjuvantes e opioides na dor intensa, diminuindo assim a necessidade destes últimos.

O Ibuprofeno é o AINE mais utilizado em Pediatria, exceto nos recém-nascidos, onde a sua segurança não está bem estabelecida. A dose recomendada varia entre 5 a 10 mg/kg, com intervalo de 4 a 6 horas, num máximo de 40 mg/kg/dia. Na dor intensa pode ser prescrito em associação com o paracetamol, de forma alternada, a cada 3 horas (Batalha, 2010).

Opioides (Degrau II e III)

Os opioides são os fármacos mais utilizados na dor operatória, oncológica, visceral e tegumentar, de intensidade moderada a grave. Não possuem “efeito de teto”, têm boa margem de segurança e raramente desenvolvem dependência física, adição, depressão respiratória e sedação, embora quando associados a sedativos ou barbitúricos o risco de depressão respiratória aumente.

A administração de opioides, assim como de outros analgésicos, deverá corresponder às necessidades individuais de cada criança e não como uma rotina ou norma inflexível, pois as crianças têm características próprias que as distinguem umas das outras. Também, os vários fármacos opioides apresentam características distintas que têm que ser tidas em conta na prescrição, pois podem comprometer um correto controlo da dor (Batalha, 2010).

Os opioides mais utilizados em pediatria são a Morfina e o Fentanil. Segundo a OMS (2011) citada por Mazur, Radziewicz e Szczepański (2013) os opioides são essenciais no tratamento da dor moderada e grave.

Anestésicos Locais

EMLA (Eutetic Mixture of Local Analgesics) – é composto em partes iguais por lidocaína e prilocaína. Com a sua aplicação obtém-se uma anestesia local eficaz para a

execução de vários procedimentos que causam dor. O tempo de aplicação determina a profundidade de anestesia obtida, sendo de 3 mm aos 60 minutos, podendo chegar aos 5 mm quando atinge os 90 minutos de aplicação. Os riscos adversos são ligeiros e transitórios, recomenda-se uma aplicação de 0,5-2g/dia em RN (incluindo prematuros) e lactentes, 10 g entre o ano e os 6 anos e de 20 g dos 6 aos 12 anos.

ELA Max- é composto por 40 mg de lidocaína, tem a vantagem de necessitar de apenas 30 minutos de aplicação, provoca uma menor vasoconstrição e não requer oclusão.

Outros fármacos

MEOPA (Mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto) – Está indicado em todos os procedimentos que provoquem dor ligeira a moderada, tais como, suturas, pequena cirurgia superficial, punções lombares, mielogramas, punções renais, endoscopias, fibroscopias, redução de fraturas, luxações e outras. Sendo por isso recomendado em Serviços Médicos, Cirúrgicos e de Urgência. É um gás com efeito ansiolítico e antiálgico, que pode ter como efeito secundário a euforia, perturbações visuais, auditivas, náuseas e vômitos. É eficaz quando inalado ao fim de 3 a 5 minutos, não está indicado em crianças com menos de 3 anos por não cooperarem.

Cuidados não farmacológicos

Os cuidados não farmacológicos desempenham um papel importante no tratamento da dor, especialmente da dor crónica.

O conhecimento aprofundado das terapias não farmacológicas permite responder ao fenómeno “dor” na sua globalidade, ou seja, na sua vertente fisiológica, na forma como interfere nos valores e crenças das crianças, e na forma como estas a interiorizam e a vivem (Gomes citado por Guia Orientador de Boa Prática, 2013).

As intervenções não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, sendo a sua utilização considerada relevante em situações potencialmente dolorosas (Monteiro, 2013). A sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, do contexto (procedimentos, exames invasivos dolorosos, cirurgia, quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade (Batalha, 2010, Guia Orientador de Boa Prática, 2013).

São várias as classificações e diferem de autor para autor, o Guia de Orientador de Boa Prática apresenta a sua classificação de acordo com o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso. Além de serem utilizadas no tratamento, são também usadas na prevenção da dor. Segundo Batalha (2010), habitualmente, são categorizadas em comportamentais (ensino de comportamentos específicos para o alívio da dor, cognitivas (recorrem a métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm como objetivo modificar o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais.

De seguida faremos uma abordagem mais pormenorizada sobre as estratégias não farmacológicas mais passíveis de serem utilizadas no contexto atual de prestação de cuidados na área de pediatria, segundo o mesmo autor e segundo o Guia Orientador de Boa Prática.

- **Comportamentais**- Envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor.

▪ Reforço positivo

O objetivo desta técnica consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, ou seja, a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, um brinquedo, ou outro tipo de compensação imediatamente após o ato doloroso.

▪ Relaxamento

Prepara a criança para uma situação potencialmente dolorosa, ajudando-a a controlar a ansiedade. A utilidade desta técnica é transversal a todas as idades, especialmente nos adolescentes, reduzindo o medo, a ansiedade, a náusea, o vômito e a dor.

Com o relaxamento há uma diminuição da tensão muscular, facilitando o sono, o autocontrolo, reduz a fadiga, e produz uma sensação de calma e bem-estar, reduzindo por isso a ansiedade e a dor. Além disso melhora a relação enfermeiro/doente devido à atenção individualizada.

Existem três métodos de relaxamento:

- Ativos – relaxamento progressivo de grupos musculares (Jacobson);

- Passivos – sensações corporais como o peso e o calor, associados ao relaxamento (treino autogéneo de Schultz);

- Meditativos – métodos de concentração passiva com recurso a uma imagem, frase, objeto (ex: visualização mental de lugar agradável).

- Técnicas cognitivas

- Informação preparatória

Esta técnica consiste em informar a criança/pais sobre o procedimento a realizar, é das mais utilizadas em meio hospitalar. A informação preparatória deve ser adequada à idade da criança, permite-lhe desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer, diminuindo a sua ansiedade, medo e aumentando o seu autocontrolo, facilitando o uso de mecanismos de *coping*.

- Técnicas cognitivo comportamentais

- Distração

Inclui vários métodos comportamentais e cognitivos que desviam a atenção da dor para coisas agradáveis, tais como a música, jogos, ouvir uma história, visualização guiada, entre outros.

- Métodos físicos

- Aplicação de calor/frio

O Guia Orientador de Boa Prática refere que a aplicação de calor pode ser feita através de compressas, hidroterapia ou bolsas térmicas na zona dolorosa, promovendo deste modo a “circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo” (Batalha, 2010, p. 70). Está indicado, principalmente, para as dores musculares.

A aplicação de frio tem um efeito inverso ao do calor, ou seja, diminui a circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória, favorecendo o alívio da dor e previne ou favorece a redução do edema.

- Massagem

Várias são as técnicas de massagem que podem ser aplicadas ou não na zona dolorosa, o seu efeito promove o alívio da dor através da “remoção dos produtos de degradação celular e, pela estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários” (Batalha, 2010, p. 71). Quando usada em combinação com outras estratégias não farmacológicas a sua eficácia aumenta.

- Posicionamentos

As mudanças de posição promovem o conforto e o alívio da dor.

- Suporte emocional

- Presença dos pais

Os pais são o elo de ligação entre os profissionais e as crianças, permitindo uma melhor compreensão, avaliação e tratamento da dor. Sabe-se que a ausência dos pais gera stress na criança, podendo mesmo aumentar a percepção da dor. Segundo a ANAES, existem vários estudos sobre a presença dos pais, que permitem concluir que não há relação entre a diminuição da dor e a presença dos pais, mas sim uma redução do stress da criança.

- Medidas de conforto

Nas crianças mais pequenas podem ser adotadas medidas como o embalar, acariciar, mudar a fralda, falar, contar uma história, cantar, brincar, entre outras. Nas crianças em idade escolar e adolescentes deve ter-se em conta os seus mecanismos de *coping*, para os poder ajudar.

- Substâncias açucaradas

Estão indicadas em lactentes com menos de três meses que sejam submetidos a situações dolorosas, como punções, pensos, manipulações, imobilizações, exames de diagnóstico ou outros, e como complemento de outras medidas como a aplicação de EMLA, sucção não nutritiva ou medidas gerais de conforto.

Relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN um estudo realizado demonstra que para além, das medidas de conforto, massagem e posicionamentos, outras medidas deveriam ser implementadas como o uso de sacarose, glicose ou aleitamento materno (Batalha, 2010).

- Ambiente

A otimização do ambiente para a criança e família, promove a prevenção e o tratamento da dor, através medidas simples, como o controlo da temperatura, do ruído, a adoção de mobiliário e material decorativo de forma a criar um ambiente mais acolhedor e confortável.

Já em 2002, de acordo com o estudo efetuado por Polkki, Vehvilainen-Julkunen e Pietila, refletia a necessidade sentida pelos pais, em receber mais apoio dos profissionais de saúde, por forma a obterem melhores competências e conhecimentos relativamente às estratégias não farmacológicas, nomeadamente sobre métodos cognitivos e físicos, pois referiam que as mais utilizadas, por eles, eram o apoio emocional e a participação nas atividades cotidianas. Mais tarde, os mesmos autores realizaram outro estudo, onde obtiveram sensivelmente os mesmos resultados, ou seja, para os pais as estratégias de apoio emocional ajudam nas atividades diárias, a distração, a imaginação guiada e as atividades físicas são bem utilizadas, enquanto os métodos físicos, as técnicas de respiração, o relaxamento e o reforço positivo são menos utilizados (He, Polkki, Pietila e Vehvilainen-Julkunen, 2006).

Verificamos que ao longo de vinte anos muitos foram os estudos realizados sobre a gestão da dor pediátrica, e nos dias de hoje ainda há crianças que sofrem de dor, evitável, no pós-operatório, isto apesar das evidências e orientações existentes e disponíveis para orientar o controlo da dor (Kozlowski et al, 2014; Twycross e Finley, 2013) citados por Twycross, Forgeron e Williams (2015) numa revisão sistemática da literatura concluíram que embora os enfermeiros relatem o uso de várias estratégias não farmacológicas rotineiramente, algumas não são baseadas na evidência. Este estudo refere também que a avaliação e gestão da dor nas crianças não é consistente com as orientações publicadas e evidencia as necessidades de investigação para determinar quais são as estratégias não farmacológicas mais eficazes, para melhorar os cuidados às crianças com dor.

2.3 – Barreiras ao controlo da dor

Nos nossos dias é indiscutível que o tratamento da dor na criança é eticamente exigível, mas ainda persistem alguns mitos que têm servido à avaliação da dor e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de estratégias de controlo da dor. O empenhamento dos profissionais nesta área de cuidados tem vindo a desmontar mitos e atitudes que têm sustentado a omissão dos cuidadores face à dor na criança (Guia de Boa Prática, 2013).

É essencial que os profissionais e os serviços reconheçam e saibam ultrapassar as principais barreiras ao efetivo controlo da dor: falta de preparação, desconhecimento das orientações nacionais e internacionais, ausência de protocolos locais e de políticas organizacionais que valorizem o controlo da dor como um padrão de qualidade de cuidados e serviços (DGS, 2012).

Mas existem outros obstáculos ao correto controlo da dor, Batalha (2010) acrescenta que vários relatórios têm focado e analisado esta problemática e têm indicado a própria criança, pela sua não queixa, os médicos pela sua escassa prescrição médica, os enfermeiros pela não administração dos analgésicos, a organização dos serviços e também a sociedade. Embora sejam conhecidos os fatores responsáveis pelo subtratamento da dor, a relação que estabelecem entre eles é tão complexa, que dificulta a sua categorização e caracterização. No entanto a falta de conhecimentos é a razão comum a todos os fatores mais apontada, que contribui para o subdiagnóstico e sub-tratamento da dor nos Serviços de Saúde.

Analisando os três fatores atrás referidos e segundo Batalha (2010), as crianças por vezes não sabem como lidar com a dor, não sabem a quem a devem comunicar, ou o que podem fazer para lidar com ela. Muitas vezes os pais e as crianças são informados sobre a realização do procedimento, mas nem sempre como se irá realizar, o que vão sentir, como a criança vai ficar, ou como os pais poderiam ajudar os seus filhos.

Sendo a dor uma experiência subjetiva requer, sempre que possível, o envolvimento do próprio, e dos seus pais para a avaliação e tratamento da dor. Por vezes, algumas crianças não referem dor, porque tendem a minimizar a dor, ou negam a dor por medo do tratamento que esta possa exigir. Outras não referem dor, porque pensam que ela não é suficientemente grave para justificar a queixa, não solicitam analgésicos para não desconcentrar os profissionais de outras responsabilidades. Ou então devido ao seu estágio de desenvolvimento ou condição clínica, são incapazes de a verbalizar.

Também as preferências da criança no tratamento da dor nem sempre são tidas em conta (mecanismos de *coping*), alguns estudos referem que as crianças entre os 5 e os 17 anos consideram que, o que mais as auxilia no alívio da dor é a administração de um medicamento e a presença dos pais, principalmente a mãe.

Os comportamentos, atitudes e convicções de crianças e seus pais podem influenciar o tratamento da dor, por exemplo, recusar tomar um medicamento habitualmente não prescrito, tomar o medicamento só quando a dor é intolerável, o medo da dependência, o de serem considerados maus doentes ou o receio de dizerem que o tratamento foi ineficaz.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, frequentemente, focam a sua ação no tratamento da dor a uma perspetiva farmacológica e é comum não avaliarem a sua eficácia. As crianças pré-verbais e os recém-nascidos não ventilados são aqueles em que a prescrição de opioides é menor em relação aos adultos. No entanto quando estão prescritos as doses são normalmente subterapêuticas.

Vários têm sido os estudos que procuram descobrir quais as razões destes comportamentos, alguns revelam que se deve a um conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde relativamente à farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos. Outros estudos indicam que a gravidade do diagnóstico da criança leva a uma maior administração de analgésicos.

As crenças e atitudes em relação à dor são também responsáveis pelo seu subtratamento. Os estudos mostram que, embora os médicos reconheçam que as crianças pequenas sentem dor, estes continuam relutantes em prescrever opioides. Também os enfermeiros revelam medo da dependência e depressão respiratória, o que contribui para que diminuam as doses administradas e a frequência de administração. Habitualmente, administram analgésicos menos potentes e com menos frequência nas crianças do que em adultos em situações idênticas. No entanto, esta situação parece estar a alterar-se, pois segundo um estudo realizado por Batalha em 2003, com 250 enfermeiros pediátricos da região centro de Portugal, concluiu que a grande maioria dos enfermeiros, discordava que os analgésicos fossem reservados para a dor intensa (82,0%); afirmava que nem só os narcóticos são eficazes no alívio da dor (82,4%); considerava que a morfina não é um medicamento de último recurso (42,8%); revelava que as crianças não eram mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina do que os adultos (34,8%); e 54,8% discordava que a morfina causasse dependência na criança com mais facilidade que no adulto.

Quanto à avaliação da dor, os enfermeiros têm um papel fundamental, e em vez de usarem escalas validadas para o efeito, habitualmente, confiam nas alterações dos sinais vitais e comportamento da criança, segundo critérios individuais e subjetivos para identificarem a dor.

Quanto ao tratamento não farmacológico, várias investigações indicam que este pode ser útil no alívio da dor, contudo, o fato dos enfermeiros não serem responsabilizados legalmente pelo seu não registo, o seu uso não tem grande visibilidade, sendo usualmente desconhecido.

Por vezes, os enfermeiros justificam a não aplicação de estratégias não farmacológicas devido a vários fatores, como os evidenciados no estudo aplicado por He, et al (2010), tais como o excesso de trabalho, falta de tempo e a incapacidade das crianças cooperarem, enquanto barreiras referidas por estes profissionais.

A persistência de mitos, preconceitos e falsas crenças em relação à dor continua a ser evidenciada em várias pesquisas como sendo um fator associado ao subtratamento, ainda persiste a ideia que as crianças sentem menos dor e toleram melhor a dor que os adultos,

que não sabem avaliar a dor, que não guardam memória da dor, que os efeitos secundários dos opioides são mais graves que outros analgésicos, que se habitam à dor e aos procedimentos dolorosos, que dizem sempre a verdade relativamente à sua dor, que os recém-nascidos não sentem dor e que a dor é uma inevitabilidade (Batalha, 2010).

A organização e a sociedade

O controlo da dor depende da comunicação entre os elementos da equipa de saúde, que é constituída por enfermeiros, médicos, pais/criança e outros. A atuação dos enfermeiros, relativamente ao tratamento farmacológico, está dependente da prescrição médica, no entanto alguns estudos demonstram que os enfermeiros nem sempre cumprem as prescrições por diversas razões.

O estudo de Batalha et al (2014), em Portugal, mostrou que o investimento feito na última década a nível da sensibilização e formação dos profissionais de saúde tem sido uma opção estratégica correta relativamente aos progressos verificados no sentido de um bom controlo da dor. A inversão nos cuidados precários, na área da dor, ocorreu em 2001 com a publicação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), desde então, inúmeras ações de sensibilização e formação foram realizadas com apoios nacionais e comunitários. Deste investimento, resultou como marco, a publicação da circular normativa da Direção-Geral da Saúde (DGS) que destaca a dor como quinto sinal vital, o guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor, culminando, recentemente, com as orientações técnicas derivadas do grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional de Controlo da Dor, sob a direção da DGS.

As instituições hospitalares têm desenvolvido estratégias de forma a implementarem medidas que conduzem a um efetivo controlo da dor da criança, realizando formações, projetos de investigação, implementando protocolos, introduzindo novos meios técnicos e terapêuticos e reestruturando os serviços. A nível da qualidade, os processos de acreditação a que muitos hospitais se submeteram, facilitaram a implementação destas iniciativas na cultura inerente à prática de cuidados, dando-lhes visibilidade e reconhecimento.

Os autores referem ainda que, todavia há que prosseguir e aprofundar o investimento na formação escolar, em ações de sensibilização e formação contínua, envolvendo todos os setores profissionais e continuar a promover os esforços na área da recolha de informação, avaliação da dor e uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

3 – A abordagem da dor na criança pelos enfermeiros e pais

A dor na criança assume uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário, mas também porque à experiência de dor estão muitas vezes associados os sentimentos de medo e ansiedade, os quais dificultam a avaliação da dor e a tomada de decisão dos profissionais de saúde relativamente à intervenção mais adequada. É essencial que os enfermeiros, em parceria com os pais, consigam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente.

3.1 - Influência das características socio profissionais dos enfermeiros na abordagem da dor

Os enfermeiros em pediatria são responsáveis pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e sua família. As suas funções variam de acordo com a organização do serviço, a formação e experiência individual. Tal como os utentes (crianças e famílias) possuem um background único, cada enfermeiro traz consigo um conjunto de variáveis individuais que influenciam a relação enfermeiro/utente. Contudo, onde quer que o enfermeiro em pediatria desenvolva a sua prática, a sua principal preocupação é o bem-estar da criança e da família (Hockenberry e Barrera, 2014).

O cuidar da criança com dor e sua família, passa pela necessidade de uma compreensão holística da pessoa, considerando-a como um sistema dinâmico, com potencial de desenvolvimento, surgindo o enfermeiro, como um meio de ajuda pela partilha e vivência da dor (Cupples, 1992, citada por Batalha, 2001).

As intervenções de enfermagem, particularmente a avaliação e monitorização da dor, constituem objeto de estudo, no sentido em que estão previstas nas recomendações de boa prática no âmbito da abordagem da dor do utilizador em geral (DGS, 2003) e particularmente no doente pediátrico (OE, 2013). Além disso, a importância do diagnóstico de enfermagem constitui o alicerce na identificação e diagnóstico dos problemas da pessoa, sendo um marco fundamental na tomada de decisão, planeamento e intervenção de enfermagem (Phaneuf, 2001, p. 92).

O modelo conceptual de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. Compete a estes enfermeiros especialistas a

gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, assim como a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor.

Atualmente o perfil profissional dos enfermeiros está em constante desenvolvimento para acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para a resolução de problemas, capacidade de negociação e ser proativo. Contudo, ao longo dos tempos, a predominância feminina na enfermagem continua intemporal, sendo compartilhada por vários autores, como uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios (Martins, Kobayashi, Ayoub e Leite, 2006).

Um tempo de permanência longo na área da pediatria, pode ter influência na experiência clínica, ou seja, pode ser enriquecedor ou então levar os enfermeiros a subestimar a dor na criança, minimizando a sua consciência da dor, o que pode resultar num distanciamento dos doentes e na ritualização dos cuidados prestados, com a administração de menos analgesia do que seria necessário, segundo Byrne e Salmon (2001), citados por Cunha (2010). Nagy S. (1999) também citada pela mesma autora refere mesmo que, são os enfermeiros mais experientes que mais subestimam a dor.

Em 2003 Batalha desenvolveu um estudo sobre a análise dos saberes e práticas dos enfermeiros, estes tinham uma média de idade jovem (35 anos), a maioria trabalhava há 10 anos e a sua experiência em serviços pediátricos era maioritariamente de 1 ano. As variáveis tempo de exercício profissional, categoria profissional, especialização e a frequência de ações de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente significativa, os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros. Neste estudo os saberes e práticas foram avaliados segundo seis dimensões teóricas da dor, conceito de dor, tolerância à dor, reconhecimento da dor, avaliação da dor, cuidados farmacológicos e cuidados não farmacológicos, iremos referir de seguida os principais resultados.

Relativamente ao conceito de dor, a maioria dos enfermeiros acredita que a dor é tudo o que a criança diz que é, existe onde diz que existe, concorda que a dor causada por exames é desnecessária (72,8%) e quase metade (43,2%) concorda, embora parcialmente, que a criança devia ser medicada sempre que o pedir;

No que se refere à tolerância à dor, Batalha, apurou que os enfermeiros se encontram divididos quanto ao desenvolvimento da tolerância à dor na criança. Não consideram como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento (73,6%) e escolhem preferencialmente a via oral, em detrimento da via intramuscular, no alívio da dor intensa (74,8%);

Na dimensão de reconhecimento da dor, Batalha acrescenta que perante uma criança calma ou que chora e que diz ter dor os enfermeiros acreditam nessa dor (51,2 e 45,2%, respetivamente). Concordam parcialmente com o facto da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor (44,0%) e estão divididos em relação ao facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo;

No que concerne à avaliação da dor, o mesmo estudo, conta que quase todos os enfermeiros (91,6%) concordam que uma criança queimada necessita de analgesia antes de realizar o penso. Discordam ou discordam parcialmente que uma criança sedada sente menos dor (35,2 e 23,2%). Quase metade (47,2%) acreditam que uma criança deprimida ou ansiosa sente realmente dor, contudo, para aquelas que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.), apenas 3,2% dos enfermeiros acham que sentem realmente dor;

Na dimensão de cuidados farmacológicos, a esmagadora maioria dos enfermeiros discorda que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa (82,0%) e creem que nem só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor (82,4%). Uma grande percentagem julga que a morfina não é um medicamento de último recurso (42,8%). Cerca de 34,8% dos enfermeiros consideram que as crianças não são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos e 26,8% estavam indecisos. Maioritariamente (54,8%), discordam que a morfina cause dependência na criança com mais facilidade que no adulto;

No que se refere aos cuidados não farmacológicos, cerca de 84,8% dos enfermeiros julga que o alívio da dor não é igual para todas as crianças. Maioritariamente consideram que a música ou o simples facto de demonstrar que acreditam na dor da criança isso contribui para o seu alívio. Quase metade concorda ou concorda parcialmente com o facto de o isolamento e escuridão aumentarem a sensação de dor (24,4 e 23,6%).

Os saberes e práticas relacionados com o reconhecimento, avaliação e tolerância à dor foram as dimensões onde os enfermeiros revelaram, maiores dificuldades, no entanto, no geral os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros são positivos. O autor salienta ainda que, os saberes e práticas são fatores que necessariamente produzem efeito nos nossos atos. Como profissionais de saúde temos uma responsabilidade moral e ética de atualizarmos os nossos conhecimentos para podermos alcançar a excelência dos cuidados.

Um outro estudo realizado por Mendes, Silva, Ferreira e Silva (2014) concluiu que 83,3% dos enfermeiros que participaram no seu estudo consideram muito importante a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

Podemos concluir que para que haja um controlo da dor eficaz, terá que existir uma abordagem pluridisciplinar e multidimensional. Amaral-Bastos (2014) acrescenta que o enfermeiro tem a responsabilidade de diagnosticar situações de dor, implementar intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas de acordo com as prescrições ou procedimentos, avaliar a sua eficácia e transmitir informação à equipa. Incluir os pais na prestação de cuidados direcionados para o controlo da dor é uma estratégia não farmacológica fundamental. “Valorizar a dor na criança como 5º Sinal Vital é uma Exigência Profissional que Reconhece a criança como pessoa a quem presta um Cuidado Personalizado de forma que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no Caminho da Excelência” (p. 2).

3.2 - Abordagem da dor pelos pais

A identificação de fatores de desconforto e a sua minimização deve ser valorizada. A presença dos pais é um fator importante quer na planificação de intervenções individualizadas, quer na informação que prestam à equipa de saúde sobre a história de dor dos seu filhos.

São os pais que mediatizam as queixas das crianças, tornando-as perceptíveis para a equipa e são também eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, podendo ter um papel de promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor (OE, Guia de Boa Prática, 2013). Na conceção do enfermeiro especialista de pediatria, os pais devem ser considerados um perfeito elo de comunicação para a compreensão, avaliação e tratamento da dor. Por outro lado, a sua presença é também de extrema importância, pois a separação dos pais causa *stress* na criança e pode aumentar a sua perceção de dor.

Principalmente durante a realização de procedimentos dolorosos, para a criança a presença dos pais é muito desejada, e a generalidade destes também prefere estar presente, acreditando que criança fique menos ansiosa e mais segura. No entanto, por vezes, os pais ficam perturbados e ansiosos perante procedimentos mais invasivos, podendo dificultar o controlo da criança e, aumentar a sua ansiedade. Nestes casos a sua presença pode ser prejudicial (Batalha, 2010, Broome, Rehwaldt, Fogg, 1998), citados por Guia de Boa Prática, 2013.

Assim Batalha (2010) acrescenta que a presença dos pais por si só não é suficiente para uma gestão eficaz da dor e, nem sempre estes estão habilitados para uma presença de qualidade. Compete aos profissionais de saúde negociar a presença dos pais e, se for esse

o desejo de todos, devem ser instruídos a terem uma presença de qualidade. Chng et al (2015) alerta-nos para a necessidade dos profissionais de saúde fornecerem mais informações de modo a instruírem os pais com informação teórica e prática capaz de aumentar os conhecimentos e competências para o mais eficaz controlo da dor pediátrica. Neste estudo os pais revelaram ter níveis de conhecimentos e atitudes moderadas no alívio e controlo da dor dos seus filhos. Os autores salientam também a necessidade de no futuro se realizarem mais estudos com o objetivo de se desenvolverem guidelines com intervenções educacionais, capazes de melhorar os seus conhecimentos e atitudes, o que levará a melhorar a sua atuação no alívio da dor das suas crianças.

3.3 – Conhecimentos e atitudes dos pais face á dor na criança

Cada vez mais, os pais são encorajados a envolverem-se mais nos cuidados às suas crianças, enquanto estão hospitalizadas e a estabelecerem com a equipa uma relação de parceria negociada.

No caso específico da abordagem da dor, a gestão eficaz baseia-se principalmente na avaliação precisa das respostas individuais da criança e na sua participação para uma adequada história de dor, dado que eles conhecem melhor a forma como a criança vivencia as experiências menos positivas, onde a dor se enquadra.

Os profissionais de saúde podem não estar familiarizados com a criança devido à curta duração da sua estadia, portanto, os pais têm um papel importante, pois conhecem como ninguém o comportamento dos seus filhos, e podem ajudar na avaliação da dor, contribuindo para uma eficaz gestão do controlo da dor dos seus filhos (Stephenson, Hoon, Hong-Gu e Mackey, 2012). Este estudo concluiu que os pais podem utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para ajudar a aliviar a dor nos seus filhos. Assim, a evidência sugere a criação de uma consciência que promova a participação dos pais nos cuidados à criança, mas para que tal aconteça é necessário que os profissionais de saúde forneçam orientações e conhecimentos aos pais, a fim de incentivar a participação ativa destes.

Similarmente na revisão sistemática da literatura efetuada por Vaz, Alves e Ramos (2016, p.9) citando Matzilou et al, consideram que

A presença dos pais gera redução do stress/ansiedade e dor experimentada por crianças durante um procedimento doloroso e esta deve ser compreendida como um fator importante e eficaz na diminuição de comportamentos negativos das crianças durante os procedimentos dolorosos; diminuindo igualmente também a ansiedade parental.

Os mesmos autores defendem que é necessário formação e treino das competências de toda a equipa de saúde, assim como ter elementos de referência para que possam acompanhar, dar apoio e explicar os procedimentos aos pais. Estes devem poder escolher se querem estar presentes nos diferentes procedimentos realizados ao seu filho, o que irá permitir a aprendizagem/envolvimento dos pais quando confrontados em situações semelhantes no domicílio.

Os pais precisam de ser encorajados a desenvolver os seus conhecimentos, a fim de melhorar a parceria de cuidados com os profissionais de saúde. Apoio emocional e uma comunicação eficaz com os pais são áreas que precisam de ser desenvolvidas. Kanai e Fidelis (2010) consideram que o tratamento da dor em pediatria é um processo interativo que envolve os profissionais de saúde, os pais e as crianças. Ao cuidar da família, deve-se ter em conta que para os pais, o facto de verem o seu filho com dor, é um evento stressante, assim as informações dadas pelos profissionais, transmitem confiança e ajudam a diminuir o stress.

Outra revisão da literatura de He, Polkki, Pietila e Vehvilainen-Julkunen (2006) revela que o facto de se envolverem os pais no controlo da dor, irá contribuir para um tratamento mais eficaz, pois os pais têm relação de confiança com os seus filhos, conhecimento e experiência em detetar mudanças de comportamento subtis e que podem ser sugestivas de dor. Estudos anteriores sobre a participação dos pais têm revelado que estes desejam participar nos cuidados habituais aos seus filhos, mas muitas vezes falta informação acerca dos seus papéis esperados. Também, Polkki, Vehvilainen-Julkunen e Pietila (2002) revelaram que os pais ao participarem nos cuidados básicos, assumindo a responsabilidade pela higiene, alimentação e apoio emocional, estão a prestar cuidados não farmacológicos. Os pais sabem que esses cuidados reduzem a dor da criança durante a hospitalização, mas reconhecem as suas limitações e estão recetivos a receberem mais formação por parte dos profissionais de saúde. Assim, os autores salientam a importância de ensinar os pais no uso de métodos não farmacológicos com os seus filhos com o intuito de reduzir a dor na criança durante a hospitalização.

Em 2003, Batalha, desenvolveu um estudo em que os enfermeiros mostraram alguma dificuldade no reconhecimento da dor, tanto por hétero como por auto avaliação (“...um em cada três enfermeiros manifesta dificuldades...” p. 31), o que revela que em pediatria nem sempre é fácil reconhecer a dor, podendo estar na origem do seu subtratamento. Assim, Pimentel et al (1992) citados por Batalha (2003), evidenciam a importância dos pais como parceiros privilegiados nos cuidados, na medida em que estes são atores de referência no processo comunicacional, promovendo e facilitando o reconhecimento da dor nos seus filhos. Batalha refere, ainda, que segundo um estudo desenvolvido por McGrath e Craing, 99% das crianças inquiridas afirmaram que, aquilo que as mais ajudava quando sentiam dor era a presença da sua mãe.

No mesmo estudo, Batalha salienta que o enfermeiro intervém numa atitude de parceria, com respeito pelas diferenças e onde a qualidade de vida da criança e sua família é a sua grande preocupação.

Em Portugal, desde 1981, que se reconhece formalmente a importância dos pais no acompanhamento dos seus filhos durante a hospitalização. A filosofia de parceria de cuidados reforça que com orientação e apoio, a maioria dos pais estabelece uma força estabilizadora, mesmo nas situações mais aterradoras, devendo os profissionais de saúde negociar a sua presença, e, se for essa a vontade de todos, ensiná-los a terem uma presença de qualidade. Só assim os pais se poderão considerar como verdadeiros elementos da equipa de saúde. Nas situações de dor os pais podem desempenhar um papel importante na avaliação, prevenção e tratamento da dor, pois estes “não são visitas, são quem melhor cuida da criança” (Batalha, 2010, p. 104).

1 - Metodologia

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação, ou seja, a maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). Nesta parte procuramos definir as estratégias para estudarmos a problemática da dor na criança.

1.1 - Métodos

A dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, sendo o seu controlo uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas. As pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer (Batalha, 2013).

O enfoque no papel parental é, atualmente, indissociável de uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria de Excelência, sustentada em modelos teóricos, evidência científica e documentos norteadores da profissão, que demonstram a importância dos pais como principais cuidadores da criança. A sua capacitação para este papel enquadra-se nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria como agente que “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” (OE, 2010, p.3).

Assim, os pais podem constituir um poderoso aliado nesta área. São o principal sistema de apoio das crianças mas precisam de um suporte que os aconselhe e oriente, pois as atitudes dos pais determinam a dos filhos. São os pais quem melhor conhecem a criança e podem ajudar não só na elaboração da “história de dor dos seus filhos mas também na administração das diferentes estratégias não farmacológicas no controlo de dor, permitindo assim um alívio mais concreto e eficaz da mesma” (Batalha, 2010, p.21).

A área temática em que se enquadra esta investigação é a “Promoção da Parentalidade”, sendo assim, a parceria com os pais neste âmbito será ainda uma forma de empoderamento da família, com resultados positivos a curto e longo prazo. O empowerment da família assume-se como um indicador importante dos cuidados de qualidade em pediatria com repercussões a nível dos ganhos em saúde na população.

Com este estudo de carácter descritivo, pretendemos analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança.

Assim, delineamos as seguintes questões de investigação, que Fortin (2009) define como uma interrogação precisa referente a um tema de estudo que se deseja analisar, com o objetivo de desenvolver o conhecimento que existe.

- Quais são os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

- Quais as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança?

- Que analogias existem entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

Das questões de investigação emergem os seguintes objetivos:

- Analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros perante a dor na criança.

- Analisar os conhecimentos e práticas dos pais perante a dor na criança.

- Identificar as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança.

- Identificar as analogias entre os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança.

Optamos por desenvolver um estudo situado no paradigma quantitativo, Pocinho (2012) define esta metodologia como um conjunto de métodos que recorrem a procedimentos matemáticos, mesmo no estudo dos fenómenos sociais e humanos, cujo objetivo primordial é a medição desses fenómenos. É um processo de inquirição que permite compreender um problema, enquadrado por uma teoria composta por variáveis medidas com números e analisada através de procedimentos estatísticos, com o fim de determinar se para um dado nível de probabilidade, podem os dados ser generalizados.

Como pretendemos saber quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança e sua relação com algumas variáveis, podemos afirmar que estamos perante um estudo descritivo, correlacional, e de carácter transversal. Segundo Fortin (2009) este tipo de estudo visa descrever fenómenos existentes numa dada população, estabelecer relações entre conceitos ou variáveis, determinando os que estão associados, e medir a frequência de um determinado acontecimento ou problema, numa população, num dado momento.

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaboramos o seguinte esquema conceptual (cf. Figura 10) para dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 10 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



1.2 – Participantes

A nossa amostra é constituída por todos os enfermeiros que desempenham funções nos serviços pediatria (internamento e urgência) de duas unidades hospitalares da região centro do país que iremos identificar como Hospital 1 e Hospital 2, que acederam participar na investigação e pelos pais de crianças internadas. Recorremos assim, à amostragem não probabilística, acidental, por conveniência, constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Assim, definimos os seguintes critérios de inclusão:

- Serem enfermeiros que prestavam cuidados nos serviços e no período em que decorreu o estudo;

- Serem pais de crianças internadas, com idades compreendidas entre os 28 dias e 12 anos de idade, com um período de internamento superior a 24 horas;
- Aceitarem participar de forma voluntária.

O estudo decorreu entre os meses de agosto de 2015 e fevereiro de 2016 no Hospital 1, e no Hospital 2 decorreu nos meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016.

1.2.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de enfermeiros

A amostra referente aos enfermeiros foi composta por 46 elementos. A idade destes variava entre os 27 e os 60 anos de idade, sendo a idade média de 42,8 anos e um desvio padrão de 9,1 anos (cf. Tabela 1). De salientar que a média de idades entre os dois sexos é muito similar evidenciando-se no entanto uma média de idades superior nos enfermeiros do sexo masculino apesar de também serem os que apresentam idades máximas menores.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos enfermeiros

Sexo/Idade	N	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/Erro	K/Erro
Masculino	7	29	51	43,9	8,7	19,9	0,794	1,587
Feminino	39	27	60	42,6	9,3	21,8	0,378	0,741
Total	46	27	60	42,8	9,1	21,3	0,350	0,688

Os resultados obtidos em relação à idade dos enfermeiros em função do sexo indicam que os participantes mais velhos (> 40 anos) estavam em maioria (54,3%), destes, 71,4% eram enfermeiros do sexo masculino e 51,3% do sexo feminino. Relativamente ao grupo de enfermeiros mais novos (\leq 40 anos) que representam 45,7% da totalidade da amostra, 28,6% eram do sexo masculino e 48,7% pertenciam ao sexo feminino (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Idade dos Enfermeiros em função do sexo

Idade	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
<= 40 anos	2	28,6	19	48,7	21	45,7
> 40 anos	5	71,4	20	51,3	25	54,3
Total	7	100,0	39	100,0	46	100,0

1.2.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra de pais

A amostra referente aos pais foi formada por 173 pais, a idade destes esteve compreendida entre os 18 e os 50 anos, com uma média de idades de 34,5 anos e um desvio padrão de 6,4 anos (cf. Tabela 3).

Idade e grau de parentesco

A amostra é constituída por 170 progenitores, com média de idades de 34,5 anos (Dp= 6,4) e um coeficiente de variação 18,6%, indicando uma dispersão moderada em torno da média. Os progenitores são maioritariamente mães (145), sendo a sua média de idades de 34,4 anos (Dp= 6,4) e os pais representam 14,7% da amostra, tendo em média 35,6 anos de idade (Dp= 6,1) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas da Idade dos Pais em função do Grau de Parentesco

Grau de parentesco/Idade	N	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/Erro	K/Erro
Pai	25	18	43	35,6	6,1	17,2	0,464	0,902
Mãe	145	21	50	34,4	6,4	18,81	0,201	0,400
Total	170	18	50	34,4	6,4	18,6	0,186	0,370

Face à dispersão das idades dos pais, foram estabelecidos grupos etários e os resultados indicaram que os participantes com idade compreendida entre os 31-40 anos estavam em maioria (60%), dos quais 60,7% eram mães e 56% eram pais. Seguidamente o grupo de pais mais representado eram os mais novos (≤ 30 anos) que representam 24,1% da totalidade da amostra, 24,8% eram mães e 20% eram pais. O grupo com menor representatividade equivale aos participantes com idade superior a 40 anos (15,9%), onde a maioria (14,5%) eram mães (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Idade dos Pais em função do Grau de Parentesco

Idade	Grau de Parentesco		Mãe		Total	
	Pai		n	%	n	%
≤ 30 anos	n	%	n	%	n	%
≤ 30 anos	5	20,0	36	24,8	41	24,1
31-40 anos	14	56,0	88	60,7	102	60,0
> 40 anos	6	24,0	21	14,5	27	15,9
Total	25	100,0	145	100,0	170	100

1.3 – Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados, por nós escolhido foi o questionário, trata-se de um instrumento que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. Tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Norwood, 2000 citado por Fortin 2009).

Assim, a colheita de dados foi efetuada através da utilização de dois questionários, um aplicado aos enfermeiros e outro aos pais. Este estava sub-dividido em duas partes: questões relativas à caracterização sociodemográfica dos inquiridos, e um inventário de saberes e práticas dos enfermeiros no alívio da dor pediátrica, de Batalha (2001), ao qual foi solicitada autorização para a sua utilização (Anexo I). Este inventário foi construído com base na experiência pessoal do autor e numa apurada revisão bibliográfica sobre a dor pediátrica. Os saberes e práticas dos enfermeiros perante a dor na criança representam o modo como estes pensam, agem ou procedem perante a criança com dor (Batalha, 2001). Neste estudo, o inventário foi adaptado para poder ser aplicado simultaneamente aos enfermeiros e aos pais das crianças participantes (Anexos II e III).

O instrumento inicialmente foi elaborado pelo autor, continha uma série de asserções (63 itens), que compunham 7 dimensões teóricas: conceito de dor; tipos de dor que requerem tratamento; tolerância à dor; manifestações de dor; avaliação da dor; fatores que influenciam a sensação dolorosa, e cuidados farmacológicos e não farmacológicos. Estes itens refletem saberes e práticas (mitos, crenças e saberes dos enfermeiros) nos cuidados à criança com dor. É constituído por afirmações redigidas na positiva e na negativa em número equivalente, para minimizar a tendência do inquirido responder predominantemente num determinado sentido (favorável ou desfavorável), independentemente do conteúdo da preposição (Polit, 1995, citada por Batalha, 2003). As asserções redigidas em sentido negativo (item 5, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e item 23) para o efeito de obtenção de pontuação numa escala, necessitam de inversão na sua pontuação. As asserções são medidas através de uma escala tipo Likert, operacionalizadas da seguinte forma:

0 – Discordo; 1 – Discordo parcialmente; 2 – Não sei/Indeciso; 3 – Concordo parcialmente; 4 – Concordo.

Posteriormente o autor aplicou estas afirmações a um vasto grupo de enfermeiros de forma sucessiva até à ausência de relatos de dificuldades na sua aplicação, seguida de análise fatorial, onde um conjunto de técnicas estatísticas permitiram reduzir o conjunto inicial de itens para um menor número, de forma a não haver perda significativa de informação. Batalha utilizou a análise fatorial exploratória e dos 63 itens iniciais foram seleccionados 25,

que se agruparam em 6 dimensões, compostas por 4 itens, exceto a dimensão cuidados farmacológicos, que apresenta 5 itens. Como cada item é medido numa escala tipo Likert de 0 a 4 pontos, e para garantir a equidade e facilidade de interpretação, os valores da escala por dimensão e no seu total foram convertidos em escalas que variam entre 0 e 100 pontos. O score máximo revela que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança se aproximam do saber científico reconhecido como prática de cuidados de excelência.

1.3.1 – Estudo Psicométrico do inventário de conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança

No estudo psicométrico do inventário de *Saberes e Práticas dos Enfermeiros perante a Dor na Criança* (Batalha, 2001), os resultados foram sujeitos a análise fatorial, de modo a ser analisada a validade do conteúdo e apurar-se a consistência interna, ou seja, se os itens que constituem os fatores originais medem os mesmos conceitos, face à atual amostra de participantes. No estudo da consistência interna, alguns itens mostraram-se problemáticos, pelo que deveriam ser eliminados. Contudo, atendendo ao tamanho amostral dos enfermeiros optamos por manter as dimensões do instrumento original que revelou um *Alfa de Cronbach* global de 0,678, indicador de fraca consistência interna. Com esta análise concluímos também, através do cálculo do *coeficiente Alfa (α) Cronbach* que este instrumento não foi elaborado para ser aplicado aos pais (*Alfa de Cronbach* global= 0,203) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Resultados Psicométricos do estudo do Inventário de saberes e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança.

	Enfermeiros (α Cronbach global=0,678)					Pais (α Cronbach global=0,203)				
	M	Dp	r/item total	r	a sem item	M	Dp	r/item total	r	a sem item
A dor é tudo o que a criança diz que é	3,0	1,4	0,442	0,821	0,647	2,2	1,3	0,071	0,587	0,187
A dor existe onde a criança diz que existe	3,2	1,0	0,263	0,749	0,667	2,8	1,2	0,038	0,616	0,198
A dor causada por exames é desnecessária pelo que deve ser evitada tanto quanto possível	3,5	1,0	0,280	0,546	0,666	2,4	1,5	0,013	0,180	0,208
A criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir	2,8	1,3	0,373	0,689	0,656	1,2	1,4	0,210	0,275	0,136
As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor	2,2	1,5	0,154	0,639	0,678	1,3	1,3	0,233	0,276	0,133
As crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes	3,7	0,7	0,182	0,600	0,674	2,7	1,3	0,231	0,333	0,135
As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor	2,3	1,5	0,435	0,542	0,646	2,0	1,3	0,052	0,311	0,193
Para a dor intensa na criança, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção intramuscular devo escolher a via intramuscular	3,7	0,7	0,029	0,537	0,682	2,0	1,3	0,107	0,171	0,176
As respostas de dor na criança dependem do seu desenvolvimento cognitivo	1,8	1,6	0,144	0,680	0,681	2,4	1,3	-0,083	0,192	0,236
As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem	1,5	1,4	-0,534	0,799	0,742	2,0	1,5	-0,326	0,456	0,323
Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor	2,8	1,5	0,198	0,729	0,673	2,6	1,4	-0,002	0,488	0,212
Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor	2,7	1,3	0,144	0,766	0,678	2,7	1,3	0,110	0,488	0,174
A criança queimada precisa de um analgésico antes da realização do penso	3,9	0,6	-0,036	0,551	0,684	2,7	1,1	0,003	0,261	0,208
Na criança ansiosa ou deprimida a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)	3,3	1,0	0,371	0,732	0,659	2,4	1,2	0,242	0,314	0,132
As crianças que tiram proveito da dor (atenção, brinquedos, etc...) não sentem verdadeiramente dor	3,0	1,2	0,358	0,703	0,657	2,3	1,3	0,185	0,368	0,148
Uma criança sedada tem menos dor	1,8	1,6	0,356	0,496	0,655	1,2	1,2	0,021	0,248	0,203
As crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos	2,5	1,4	0,527	0,748	0,637	1,7	0,7	0,146	0,448	0,178
A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto	3,0	1,1	0,579	0,796	0,640	1,8	0,8	0,162	0,499	0,172
Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa	3,6	0,8	0,394	0,760	0,660	1,4	1,3	0,250	0,249	0,123
Só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor	3,8	0,7	0,085	0,595	0,679	2,5	0,9	0,091	0,321	0,185
A morfina é um medicamento de último recurso	2,8	1,5	0,635	0,804	0,621	0,7	1,0	-0,111	0,304	0,234
O isolamento e a escuridão normalmente aumentam a sensação de dor	1,7	1,5	-0,052	0,595	0,700	2,3	1,4	-0,225	0,264	0,285
A forma de aliviar a dor é igual para todas as crianças	3,9	0,3	0,124	0,637	0,677	3,5	0,9	0,043	0,223	0,197
A música pode ser usada com sucesso no alívio da dor	3,8	0,5	0,494	0,751	0,664	3,2	1,0	-0,050	0,233	0,219
Se faço crer à criança que acredito na sua dor, isso contribui para o seu alívio	3,1	1,2	0,141	0,517	0,677	2,8	1,3	-0,089	0,251	0,239

1.4 – Procedimentos metodológicos e éticos

Na elaboração deste estudo foram cumpridas as normas éticas e deontológicas, pelo que, inicialmente foi solicitada autorização aos Presidentes do Conselho de Administração de duas instituições hospitalares da região centro do país, para aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros e aos pais de crianças internadas (Anexo IV).

Antes de se proceder à colheita de dados, os enfermeiros e os pais receberam informação sobre os objetivos do estudo e sobre a confidencialidade e o caráter sigiloso de todos os dados, tendo sido fornecido um consentimento informado (Anexo V) para formalizar a sua participação. Foram, ainda, elucidados da possibilidade de esclarecimentos adicionais, de modo a serem respeitados os princípios éticos.

Aquando da colheita de dados foi distribuído um envelope individual, sem qualquer identificação, no qual colocaram cada um dos questionários após o seu preenchimento.

1.5 – Análise de dados

O tratamento estatístico é a metodologia mais adequada para a análise dos dados obtidos nos estudos quantitativos. Assim, de modo a sistematizar os resultados, procedemos à análise dos dados utilizando o programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 17.0 e para sua interpretação recorremos a métodos de análise estatística descritiva e inferencial sendo os dados apresentados em tabelas, nas quais foram excluídas as fontes, uma vez que os dados se referem sempre ao presente estudo.

A estatística descritiva tem como objetivo descrever os dados obtidos, distinguindo-os face ao geral. Para o efeito utilizamos:

- Frequências absolutas (n) e percentuais (%);
- Medidas de tendência central (Média);
- Médias de dispersão (Dp);
- Coeficiente de variação (CV), permite comparar a variabilidade entre duas variáveis, calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média, apenas quando o dividendo e o divisor têm o mesmo sinal, a interpretação dos resultados obtidos foram interpretados segundo Pestana & Gageiro (2008).
 - 0% - 15% = Dispersão fraca;
 - 16% - 30% = Dispersão moderada;
 - >30% = Dispersão elevada.
- Medidas de assimetria *Skewness* (Sk) e de achatamento *kurtosis* (k). A medida de *Skewness* obtém-se através do quociente entre (SK) e o erro padrão (EP), se SK/EP variar entre -2 e 2 a distribuição é simétrica. Se SK/EP for inferior a -2 a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2 a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Para obter o valor da *Kurtose* também se tem de achar o quociente entre o k e o EP, pelo que se oscilar entre -2 e 2 a distribuição é

mesocúrtica, se inferior a -2 a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2 a distribuição é leptocúrtica.

A validade das escalas foi analisada pelo coeficiente de alfa de *Cronbach* que permite verificar a consistência interna de um grupo de variáveis (itens). Este varia entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

- Alfa > 0,9 consistência muito boa;
- Alfa entre, 0,8 e 0,9 consistência boa;
- Alfa entre 0,7 e 0,8 consistência razoável;
- Alfa entre 0,6 e 0,7 consistência fraca;
- Alfa < 0,6 inadmissível.

O Coeficiente de Correlação de Pearson consiste numa medida de associação usada para o estudo de variáveis quantitativas. A comparação do coeficiente deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por coeficiente de determinação (R^2), que indica a percentagem de variação de uma variável que é explicada pela outra.

Por convenção, para interpretação de resultados utilizam-se como valores referência (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0,2$ – associação muito baixa;
- $0,2 \leq r \leq 0,39$ – associação baixa;
- $0,4 \leq r \leq 0,69$ – associação moderada;
- $0,7 \leq r \leq 0,89$ – associação alta;
- $0,9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

Na estatística inferencial recorreremos à estatística paramétrica e não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos quando a aplicação destes não se verificava.

O teste de qui quadrado (X^2) utiliza-se no estudo de relações entre variáveis. Aplica-se a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem localizar-se as células onde se encontram as diferenças através dos resíduos ajustados estandardizados que se situam fora do intervalo -1.96 e 1.96, (Pestana & Gageiro, 2014). Na interpretação dos resíduos ajustados é necessário um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna.

Para a análise estatística foram utilizados os seguintes valores de significância:

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

O teste U Mann-Whitney caracteriza-se por ser um teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes.

O teste Kruskal-Wallis é uma extensão do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. É um teste não-paramétrico utilizado para comparar três ou mais amostras.

Após estas considerações metodológicas iremos de seguida proceder à apresentação dos resultados.

2 – Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados do estudo de investigação, tendo por base a informação obtida pela aplicação dos questionários.

Este encontra-se dividido em duas partes, na primeira iremos apresentar a análise descritiva dos resultados e na segunda a análise inferencial dos mesmos, recorrendo aos testes estatísticos considerados mais adequados.

2.1 – Análise descritiva

Nesta secção iremos completar a caracterização sociodemográfica já iniciada no capítulo da metodologia. Posteriormente iremos analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança.

Caracterização Sociodemográfica e profissional

- Dados dos Enfermeiros

Relativamente à caracterização sociodemográfica, esta secção do questionário engloba sete questões. As informações sobre a idade, género, foram já abordadas anteriormente, pelo que incidiremos sobre o tempo de exercício profissional, local onde exerce funções, tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria (S.I.P.), habilitações académicas e profissionais e se tinham formação específica na área da dor com duração superior a 20h.

Tempo de serviço profissional

O tempo de serviço na profissão variou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 36 anos, com um tempo médio de 19,5 anos (Dp= 8,7), sendo o sexo feminino o grupo onde se encontram simultaneamente os elementos com mais e menos tempo de serviço (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao Tempo de serviço profissional dos Enfermeiros em função do sexo

Sexo/Tempo de serviço	N	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/Erro	K/Erro
Masculino	7	7	27	20,1	7,4	36,8	0,794	1,587
Feminino	39	1	36	19,4	9,1	46,9	0,378	0,741
Total	46	1	36	19,5	8,7	44,6	0,350	0,688

Analisando as frequências, verifica-se que as enfermeiras (84,8%) eram o grupo mais representativo, enquanto os enfermeiros do sexo masculino eram 15,2%. Quanto ao tempo de serviço profissional, verifica-se que, no global da amostra, 47,8% dos enfermeiros trabalhava há menos de 20 anos, 51,3% do sexo feminino e 52,2% trabalhava há mais de 20 anos, sendo 71,4% do sexo masculino (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Tempo de serviço profissional em função do sexo

Sexo	Masculino (15,2%)		Feminino (84,8%)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo de serviço profissional						
<= 20 anos	2	28,6	20	51,3	22	47,8
> 20 anos	5	71,4	19	48,7	24	52,2
Total	7	100,0	39	100,0	46	100

Local onde exercem funções

No que respeita ao local onde exerciam funções, verificamos que existia alguma homogeneidade relativamente à distribuição da amostra de enfermeiros, pois 47,8% exerciam funções no Hospital 1 e 52,2% exerciam funções no Hospital 2. O mesmo se verificou relativamente aos enfermeiros por serviço, uma vez que 50% trabalhava no serviço de internamento de pediatria do Hospital 1 e 50% no serviço de internamento de pediatria do Hospital 2. Quanto aos serviços de urgência pediátrica os enfermeiros estavam distribuídos da seguinte forma, 44,4% no Hospital 1 e 55,6% no Hospital 2 (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Local onde exercem funções em função do serviço

Local onde exercem funções	Serviço		Urgência pediátrica		Total	
	Internamento pediatria					
	n	%	n	%	n	%
Hospital 1	14	50,0	8	44,4	22	47,8
Hospital 2	14	50,0	10	55,6	24	52,2
Total	28	100,0	18	100,0	46	100,0

Tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria (S.I.P)

O tempo de exercício profissional na área de S.I.P variava entre os 4 e os 32 anos, sendo o tempo médio de permanência na área de 14,9 anos e um desvio padrão de 8,4 anos (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria

Tempo de serviço	N	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV(%)	SK/Erro	K/Erro
Masculino	7	4	25	16,14	8,4	52,0	0,794	1,587
Feminino	39	0	32	14,67	8,4	57,3	0,378	0,741
Total	46	0	32	14,89	8,4	56,4	0,350	0,688

Relativamente ao tempo de exercício profissional na área de S.I.P verificamos que a maioria dos enfermeiros (71,1%) trabalhava há menos de 20 anos nesta área, 88,9% exerciam funções no serviço de urgência pediátrica e dos que trabalham há mais de 20 anos (28,8%) na sua maioria (40,7%) trabalham no internamento de pediatria (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Tempo de exercício profissional na área de S.I.P em função do Serviço

Tempo de exercício profissional na área de S.I.P	Serviço		Urgência pediátrica		Total	
	Internamento pediatria					
	n	%	n	%	n	%
<= 20 anos	16	59,3	16	88,9	32	71,1
> 20 anos	11	40,7	2	11,1	13	28,8
Total	27	100,0	18	100,0	45	100,0

Quanto à caracterização acadêmica e profissional dos enfermeiros, 47,8% são licenciados, 26,1% têm Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente legal, 19,6% possuem o grau de mestre e 6,5% têm pós-graduações. Relativamente à existência ou não de formação específica na área da dor com duração superior a 20 h, verificamos que a maioria dos enfermeiros (64,4%) possui este tipo de formação e destes 52,2% tem duas ou mais ações (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização acadêmica e profissional dos Enfermeiros

	n	%
Habilitações acadêmicas (n=46)		
Licenciatura	22	47,8
Curso de Pós-Graduação	3	6,5
Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente legal	12	26,1
Mestrado	9	19,6
Tem formação específica na área da dor com duração superior a 20 h (n=45)		
Não	16	35,6
Sim	29	64,4
Nº de ações (n=23)		
Uma ação	11	47,8
Duas ou mais ações	12	52,2
Duas	2	16,7
Três	2	16,7
Quatro	6	50,0
Cinco	2	16,7

- Dados dos Pais

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos pais, esta secção do questionário englobou igualmente sete questões, que abrangiam dados sobre a idade, grau de parentesco (já analisadas no capítulo da metodologia), número de filhos, estado civil, escolaridade, situação laboral e local/motivo de internamento da criança.

Pela análise da tabela 11 verificamos que, quanto ao *número de filhos* 44,7% dos pais tinha um filho, 43,5% tinham 2 filhos, enquanto uma pequena percentagem tinha três ou mais filhos (11,8%).

No que respeita ao *estado civil* a maioria dos pais eram casados ou estavam em união de facto (77,4%).

Em termos de *escolaridade* verificou-se que prevaleceram os pais (36,6%) que frequentaram o ensino secundário, enquanto 34,3% tinham o ensino superior, sobretudo os pais (40,0%).

Tabela 11 - Características Sociodemográficas dos pais

Grau de parentesco	Pai		Mãe		Total	
	n	%	n	%	n	%
Número de filhos (n=170)						
Um filho	12	48,0	64	44,1	76	44,7
Dois filhos	11	44,0	63	43,4	74	43,5
Três ou mais filhos	2	8,0	18	12,4	20	11,8
Estado Civil (n=168)						
Casado ou União de Facto	22	88,8	108	75,5	130	77,4
Solteiro, Divorciado ou Viúvo	3	12,0	35	24,5	38	22,6
Escolaridade (n=173)						
Até 3º Ciclo	5	20,0	44	29,9	50	28,5
Secundário	10	40,0	53	36,1	63	36,6
Estudos superiores	10	40,0	49	33,3	59	34,3
Não sabe/Não respondeu (NS/NR)	0	0,0	1	0,7	1	0,6

Relativamente à *situação laboral* constatamos que a grande maioria dos progenitores encontrava-se empregado (73,8%). Quanto à distribuição dos pais pelas categorias definidas pela Classificação Nacional das Profissões, verificamos que a categoria mais representada foi a do “Pessoal dos Serviços e Vendedores” com 29,7%, seguidos dos “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas” (22,8%). Por sexos verifica-se que a maioria dos Progenitores do sexo masculino (30,4%) integra o grupo dos “Técnicos e Profissionais de nível intermédio” enquanto as mães (32%) pertencem ao grupo do “Pessoal dos Serviços e Vendedores”. A diferença entre os grupos é significativa ($X^2=20,697$; $p=0,001$) sendo que os residuais ajustados localizam no grupo de pais pertencentes à categoria de Técnicos e Profissionais de nível intermédio (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização profissional

Grau de parentesco	Pai		Mãe		Total		Teste de Fisher	Residuais	
	n	%	n	%	n	%		1	2
Situação laboral (n=172)									
Desempregado, Estudante, Doméstico ou Reformado	5	20,0	38	25,9	43	25,0	$X^2=0,552$ $p=0,725$	-,6	,6
Profissionalmente ativo	20	80,0	107	72,8	127	73,8		,8	-,8
NS/NR	0	0,0	2	1,4	2	1,2		-,6	,6
Profissão (n=145)									
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4	17,4	29	23,8	33	22,8	$X^2=20,697$ $p=0,001$	-,7	,7
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	7	30,4	11	9,0	18	12,4		2,9	-2,9
Pessoal Administrativo e Similares	3	13,0	16	13,1	19	13,1		,0	,0
Pessoal dos Serviços e Vendedores	4	17,4	39	32,0	43	29,7		.	1,4
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	4,3	3	2,5	4	2,8		,5	-,5
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1	4,3	11	9,0	12	8,3		-,7	,7
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	13,0	0	0,0	3	2,1		4	- 4
Trabalhadores não qualificados	0	0,0	13	10,7	13	9,0		-	1,6
Total	23	100,0	122	100,0	145	100,0		--	--

Na tabela 13 encontram-se os resultados relativos ao local onde a criança esteve internada segundo o grau de parentesco, assim verificamos que no total da amostra 79,7% das crianças estiveram internadas no Hospital 1, estando maioritariamente acompanhadas pelas mães em ambos os hospitais (78,9% e 21,1%), respetivamente.

Tabela 13 – Local onde a criança está internada em função do Grau de Parentesco

Grau de parentesco	Pai		Mãe		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hospital 1	21	84,0	116	78,9	137	79,7
Hospital 2	4	16,0	31	21,1	35	20,3
Total	25	100,0	147	100,0	172	100,0

Ao analisarmos as patologias que motivaram as situações de internamento, por instituição de saúde em estudo, verifica-se que no Hospital 1 foram incluídas 137 crianças e no Hospital 2, 29 crianças. A patologia respiratória foi a situação clínica mais frequente nas duas unidades de saúde (54 casos identificados no Hospital 1 e 10 casos no Hospital 2),

seguida da patologia gastrointestinal no Hospital 1 (34 casos) e patologia geniturinária no Hospital 2 (5 casos). Neste âmbito, importa ainda referir que não se verificou qualquer situação inerente à patologia cirúrgica no Hospital 2 situação que se inverte no Hospital 1 com a constatação de 14 casos (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Situação Clínica em função da instituição de internamento

Patologia	Local onde a criança está internada				Total	
	Hospital 1		Hospital 2			
	n	%	n	%	n	%
Patologia Gastrointestinal	34	94,4	2	5,6	36	21,7
Patologia Respiratória	54	84,4	10	15,6	64	38,6
Patologia Tegumentar	5	62,5	3	37,5	8	4,8
Má progressão ponderal	2	33,3	4	66,7	6	3,6
Febre	10	90,9	1	9,1	11	6,6
Patologia Geniturinária	6	54,5	5	45,5	11	6,6
Patologia Osteoarticular	4	80,0	1	20,0	5	3,0
Patologia Cirúrgica	14	100,0	0	0,0	14	8,4
Outros	8	72,7	3	27,3	11	6,6
Total	137	82,5	29	17,5	166	100,0

Conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança

Q1 - Quais são os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

Para analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança, optamos por criar grupos de corte tendo por base a respetiva pontuação na escala tipo likert, por forma a poder determinar o grau de conhecimentos dos enfermeiros e dos pais. Assim, obtivemos 2 grupos que designamos como não adequado e adequado. Os dados foram estudados utilizando a análise binomial em cada uma das dimensões da escala, contrapondo as respostas para a amostra de enfermeiros e pais.

Análise binomial dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança

Analisando-se as afirmações relativas à dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao conceito de dor* e no que respeita à primeira afirmação “A dor é tudo o que a criança diz que é” verificámos que no total da amostra, 56,1%, responderam de forma adequada, sendo 82,6% de enfermeiros, enquanto 51,2% dos pais o fizeram de forma não adequada. As diferenças entre os grupos revelaram-se estatisticamente significativas ($X^2=16,724$; $p=0,001$).

Na segunda afirmação “A dor existe onde a criança diz que existe” a maioria dos enfermeiros (84,8%) e pais (70,0%) responderam adequadamente e apesar das diferenças percentuais, estas não foram estatisticamente significativas ($X^2=4,028$; $p=0,060$).

Na terceira afirmação verificou-se que 59,9% dos pais e 91,3% dos enfermeiros concordam adequadamente que “A dor causada por exames é desnecessária pelo que deve ser evitada tanto quanto possível”, com diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=16,026$; $p=0,001$).

Por último e no que respeita à questão “A criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir”, o total da amostra respondeu inadequadamente (63,1%), no entanto, no grupo de enfermeiros, 76,1% responderam de forma adequada e 73,7%, dos pais de forma inadequada, revelando estas diferenças significância estatística ($x^2=38,580$; $p=0,001$) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao conceito da dor

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao conceito de dor	Enfermeiros		Pais		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
A dor é tudo o que a criança diz que é								
Não adequado	8	17,4	85	51,2	93	43,9	16,724	0,001
Adequado	38	82,6	81	48,8	119	56,1		
A dor existe onde a criança diz que existe								
Não adequado	7	15,2	51	30,0	58	26,9	4,028	0,060
Adequado	39	84,8	119	70,0	158	73,1		
A dor causada por exames é desnecessária pelo que deve ser evitada tanto quanto possível								
Não adequado	4	8,7	67	40,1	71	33,3	16,026	0,001
Adequado	42	91,3	100	59,9	142	66,7		
A criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir								
Não adequado	11	23,9	126	73,7	137	63,1	38,580	0,001
Adequado	35	76,1	45	26,3	80	36,9		

Relativamente à dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados referentes à tolerância à dor*, verificou-se para o total da amostra 73,5% respostas não adequadas na questão “as crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor”, e enquanto

a opinião dos enfermeiros (50,0%) se encontra dividida, entre os pais não surgiram dúvidas, pois 79,9% responderam de forma inadequada, ou seja, aceitando a afirmação.

Perante a declaração “As crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes” verificou-se que o global da amostra (60,1%) respondeu de forma adequada, o que foi representado pela maioria dos enfermeiros (91,3%), e por 51,7% dos pais.

Perante a afirmação “As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor” a maioria da amostra (69,1%) respondeu de forma não adequada, 53,3% enfermeiros e 73,3% dos pais.

A asserção “Para a dor intensa na criança, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção intramuscular devo escolher a via intramuscular” suscitou no total da amostra respostas não adequadas (56,9%), no entanto, quase a totalidade dos enfermeiros (93,5%) responderam adequadamente à questão, enquanto 70,6% dos pais responderam inadequadamente.

As diferenças entre o grupo de enfermeiros e pais foram estatisticamente significativas para todas as afirmações ($p < 0,018$), (cf. tabela 16)

Tabela 16 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à tolerância à dor

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à tolerância à dor	Enfermeiros		Pais		Total		X ²	p	
	n	%	n	%	n	%			
As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor	Não adequado	23	50,0	135	79,9	158	73,5	16,571	0,001
	Adequado	23	50,0	34	20,1	57	26,5		
As crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes	Não adequado	4	8,7	83	48,3	87	39,9	23,685	0,001
	Adequado	42	91,3	89	51,7	131	60,1		
As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor	Não adequado	24	53,3	126	73,3	150	69,1	6,633	0,018
	Adequado	21	46,7	46	26,7	67	30,9		
Para a dor intensa na criança, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção intramuscular devo escolher a via intramuscular	Não adequado	3	6,5	120	70,6	123	56,9	60,609	0,001
	Adequado	43	93,5	50	29,4	93	43,1		

Na tabela 17 analisamos as afirmações relativas à dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados* relativos ao *reconhecimento da dor*. Verificamos que a amostra respondeu na sua globalidade (53,7%) inadequadamente quando questionados se “As respostas de dor na criança dependem do seu desenvolvimento cognitivo”, enfermeiros e pais

partilham da mesma opinião, pois responderam em maior número de forma inadequada (53,3% e 53,8%) respetivamente.

Assim como, perante a segunda questão “As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem”, verificamos que no total da amostra (62,7%) responderam inadequadamente, assim como no grupo de enfermeiros e pais (67,4% e 61,4%), respetivamente.

Perante a terceira questão “Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor” a globalidade da amostra (66,2%) respondeu assertivamente e tanto, os enfermeiros como os pais acreditam nessa dor (71,7% e 64,7%) respetivamente.

Por último, face à questão “Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor” o total da amostra (68,4%) respondeu de forma adequada, assim como 73,9% dos enfermeiros e 66,9% dos pais.

Contudo as diferenças entre os pais e enfermeiros não mostraram significância estatística em qualquer das afirmações desta dimensão.

Tabela 17 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao reconhecimento da dor

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos ao reconhecimento da dor	Enfermeiros		Pais		Total		X ²	p	
	n	%	n	%	n	%			
As respostas de dor na criança dependem do seu desenvolvimento cognitivo	Não adequado	24	53,3	92	53,8	116	53,7	0,003	1,000
	Adequado	21	46,7	79	46,2	100	46,3		
As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem	Não adequado	31	67,4	105	61,4	136	62,7	0,556	0,496
	Adequado	15	32,6	66	38,6	81	37,3		
Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor	Não adequado	13	28,3	61	35,3	74	33,8	0,796	0,483
	Adequado	33	71,7	112	64,7	145	66,2		
Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor	Não adequado	12	26,1	56	33,1	68	31,6	0,831	0,475
	Adequado	34	73,9	113	66,9	147	68,4		

Relativamente à dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à avaliação da dor*, verificamos que a totalidade da amostra (57,1%) respondeu adequadamente à questão “A criança queimada precisa de um analgésico antes da realização de um penso”, onde os enfermeiros mostraram não ter dúvidas, pois 97,8% responderam de forma adequada, enquanto a maioria das respostas dos pais (53,8%) foram inadequadas.

Perante a afirmação “Na criança deprimida ou ansiosa a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)” no global, pouco mais de metade da amostra (51,8%) respondeu adequadamente à questão, sendo que os enfermeiros não tiveram dúvidas (87,0%) em responder adequadamente, enquanto a maioria dos pais (57,6%) não acredita nessa dor.

Na terceira afirmação se “As crianças que tiram proveito da dor (atenção, brinquedos, etc...) não sentem verdadeiramente dor” a amostra (54,6%) respondeu adequadamente, sendo que a maioria dos enfermeiros (73,9%) partilham dessa opinião, embora o mesmo não se verifique no grupo de pais (50,6%).

Quanto à declaração “uma criança sedada sente menos dor”, o total da amostra (82,2%) assim como entre os grupos responderam de forma não adequada, (64,4% e 87,3%), respetivamente para os enfermeiros e pais.

As diferenças entre o grupo de enfermeiros e pais foram estatisticamente significativas para todas as afirmações ($p < 0,004$) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à avaliação da dor

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos à avaliação da dor	Enfermeiros		Pais		Total		X ²	p	
	n	%	n	%	n	%			
A criança queimada precisa de um analgésico antes da realização do penso	Não adequado	1	2,2	92	53,8	93	42,9	39,452	0,001
	Adequado	45	97,8	79	46,2	124	57,1		
Na criança ansiosa ou deprimida a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)	Não adequado	6	13,0	99	57,6	105	48,2	28,806	0,001
	Adequado	40	87,0	73	42,4	113	51,8		
As crianças que tiram proveito da dor (atenção, brinquedos, etc...) não sentem verdadeiramente dor	Não adequado	12	26,1	87	50,6	99	45,4	8,784	0,004
	Adequado	34	73,9	85	49,4	119	54,6		
Uma criança sedada tem menos dor	Não adequado	29	64,4	137	87,3	166	82,2	12,433	0,001
	Adequado	16	35,6	20	12,7	36	17,8		

Analisando-se as afirmações relativas à dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados farmacológicos* e no que respeita à primeira afirmação “As crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos” verificamos que o total da amostra respondeu de forma não adequada (88,7%), 52,2% enfermeiros e 99,4% pais, com significância estatística ($\chi^2=78,856$; $p=0,001$).

Perante a segunda afirmação “A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto” constatamos que 82,9% da amostra respondeu de forma não adequada, no entanto os enfermeiros (58,7%) responderam adequadamente, enquanto um grande numero de pais responderam inadequadamente (95,0%).

A terceira asserção “Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa” suscitou no total da amostra respostas não adequadas (61,1%), apesar de 91,3% das respostas dos enfermeiros serem adequadas, ou seja, discordam com esta afirmação, contrariamente à opinião dos pais (76,4%) que maioritariamente responderam de forma inadequada.

Na quarta afirmação “Só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor” o total da amostra respondeu inadequadamente (60,1%), no entanto, no grupo de enfermeiros 95,7% responderam de forma adequada, contrariamente aos pais, onde 76,4% responderam inadequadamente.

Por último e no que respeita à afirmação “A morfina é um medicamento de último recurso”, também a grande maioria do total da amostra (82,4%) responderam de forma não adequada, embora uma elevada percentagem de enfermeiros (73,9%), tenha respondido de forma adequada, e a esmagadora maioria dos pais (97,6%) responderam inadequadamente.

Em todos os itens desta dimensão se verificou dependência estatística entre a opinião dos diferentes grupos inquiridos ($p < 0,001$) (cf Tabela 19).

Tabela 19 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados farmacológicos

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados farmacológicos	Enfermeiros		Pais		Total		X ²	p	
	n	%	n	%	n	%			
As crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos	Não adequado	24	52,2	156	99,4	180	88,7	78,856	0,001
	Adequado	22	47,8	1	0,6	23	11,3		
A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto	Não adequado	19	41,3	151	95,0	170	82,9	72,571	0,001
	Adequado	27	58,7	8	5,0	35	17,1		
Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa	Não adequado	4	8,7	120	76,4	124	61,1	68,669	0,001
	Adequado	42	91,3	37	23,6	79	38,9		
Só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor	Não adequado	2	4,3	120	76,4	122	60,1	77,091	0,001
	Adequado	44	95,7	37	23,6	81	39,9		
A morfina é um medicamento de último recurso	Não adequado	12	26,1	166	97,6	178	82,4	127,879	0,001
	Adequado	34	73,9	4	2,4	38	17,6		

Por último na dimensão *Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados não farmacológicos* constatamos que no total da amostra (55,6%) dos participantes responderam de forma não adequada à questão “O isolamento e a escuridão normalmente

umentam a sensação de dor”, e tanto os enfermeiros como os pais (65,2% e 52,9%) respectivamente, responderam no mesmo sentido.

Perante a afirmação “A forma de aliviar a dor não é igual para todas as crianças” verificamos que o global da amostra (86,6%) respondeu de forma adequada, o que foi representado por todos os enfermeiros (100%) e por 82,9% dos pais, com dependência estatística significativa entre os grupos ($X^2= 9,064$; $p=0,001$).

Perante a afirmação “A música pode ser usada com sucesso no alívio da dor”, o total da amostra respondeu adequadamente (82%), que foi representado pela esmagadora maioria dos enfermeiros (97,8%) e por 77,8% dos pais, com diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2= 9,883$; $p=0,001$).

Na afirmação “Se faço crer à criança que acredito na sua dor, isso contribui para o seu alívio”, a maioria da amostra (67,3%) respondeu de forma adequada, 78,3% enfermeiros e 64,3% dos pais (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados não farmacológicos

Conhecimentos e práticas de cuidados relativos aos cuidados não farmacológicos	Enfermeiros		Pais		Total		X^2	p	
	n	%	n	%	n	%			
O isolamento e a escuridão normalmente aumentam a sensação de dor	Não adequado	30	65,2	90	52,9	120	55,6	2,210	0,181
	Adequado	16	34,8	80	47,1	96	44,4		
A forma de aliviar a dor é igual para todas as crianças	Não adequado	0	0,0	29	17,1	29	13,4	9,064	0,001
	Adequado	46	100,0	141	82,9	187	86,6		
A música pode ser usada com sucesso no alívio da dor	Não adequado	1	2,2	38	22,2	39	18,0	9,883	0,001
	Adequado	45	97,8	133	77,8	178	82,0		
Se faço crer à criança que acredito na sua dor, isso contribui para o seu alívio	Não adequado	10	21,7	61	35,7	71	32,7	3,197	0,079
	Adequado	36	78,3	110	64,3	146	67,3		

Correlações

Da análise da tabela 21 constatamos que os valores das correlações oscilam entre o ínfimo e o fraco, sendo o valor menor entre a *Avaliação da dor* e o *Reconhecimento da dor* ($r = -0,018$) e o mais elevado entre os *Cuidados farmacológicos* e a *Avaliação da dor* ($r = 0,471$), estabelecendo correlações positivas na maioria das dimensões, ou seja, quando aumenta o valor de uma dimensão aumenta o valor da outra, exceto entre o *Reconhecimento da dor* e a *Tolerância à dor*, os *Cuidados não farmacológicos* e a *Tolerância à dor* e a *Avaliação da dor* e o *Reconhecimento da dor*, indicando que quando aumenta uma dimensão, a outra diminui. As relações apenas são significativas entre a *Avaliação da Dor* e a *Tolerância à dor* ($p = 0,015$), entre os *Cuidados farmacológicos* e o *Conceito de dor* ($p = 0,020$) e entre os *Cuidados farmacológicos* e a *Avaliação da dor* ($p = 0,001$). Nas restantes correlações não se verifica significância estatística. Os *Cuidados farmacológicos* e a *Avaliação da dor* explicam 22,2% desta relação ($r^2 = 0,222$).

Tabela 21 – Matriz de Correlações entre as dimensões do questionário dos enfermeiros

Dimensões	Correlação	Conceito de dor	Tolerância à dor	Reconhecimento da dor	Avaliação da dor	Cuidados farmacológicos
Tolerância à dor	C Pearson	0,186				
	p	0,221				
Reconhecimento da dor	C Pearson	0,045	-0,024			
	p	0,771	0,877			
Avaliação da dor	C Pearson	0,200	0,363	-0,018		
	p	0,189	0,015	0,910		
Cuidados farmacológicos	C Pearson	0,343	0,198	0,078	0,471	
	p	0,020	0,192	0,611	0,001	
Cuidados não farmacológicos	C Pearson	0,185	-0,133	0,116	0,027	0,245
	p	0,218	0,383	0,447	0,859	0,101

Da análise da tabela 22 constatamos que os valores das correlações oscilam entre o ínfimo e o fraco, sendo o valor menor entre os *Cuidados não farmacológicos* e a *Tolerância à dor* ($r = -0,078$) e o mais elevado entre os *Cuidados farmacológicos* e a *Avaliação da dor* ($r = 0,265$), estabelecendo correlações quer positivas quer negativas. As relações são significativas entre a *Tolerância à dor* e o *Conceito de dor* ($p = 0,021$), entre o *Reconhecimento da dor* e o *Conceito de dor* ($p = 0,038$) e a *Tolerância à dor* ($p = 0,031$), entre a *Avaliação da dor* e a *Tolerância à dor* ($p = 0,027$), entre os *Cuidados farmacológicos* e a *Tolerância à dor* ($p = 0,002$), e o *Reconhecimento da dor* ($p = 0,018$) e a *Avaliação da dor* ($p = 0,001$) e entre os

Cuidados não farmacológicos e a *Avaliação da dor* ($p= 0,029$). Nas restantes correlações não se verifica significância estatística. Os *Cuidados farmacológicos* e a *Avaliação da dor* explicam 7,0% desta relação ($r^2= 0,070$).

Tabela 22 - Matriz de Correlações entre as dimensões do questionário dos pais

Dimensões	Correlação	Conceito de dor	Tolerância à dor	Reconhecimento da dor	Avaliação da dor	Cuidados farmacológicos
Tolerância à dor	C Pearson p	-0,187 0,021				
Reconhecimento da dor	C Pearson p	0,169 0,038	-0,171 0,031			
Avaliação da dor	C Pearson p	0,091 0,260	0,175 0,027	-0,139 0,076		
Cuidados farmacológicos	C Pearson p	-0,089 0,283	0,253 0,002	-0,190 0,018	0,265 0,001	
Cuidados não farmacológicos	C Pearson p	-0,130 0,111	-0,078 0,329	0,099 0,216	-0,174 0,029	-0,120 0,138

2.2 - Análise Inferencial

Apresentamos de seguida os resultados obtidos através da análise inferencial, que pretende dar resposta às questões de investigação inicialmente formuladas.

Q2 - Quais as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança?

A resposta a esta questão foi iniciada pelo estudo da relação entre a idade e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor. Verificamos que os enfermeiros mais velhos apresentam ordenações médias (OM) mais elevadas em todas as dimensões, exceto no *Reconhecimento da dor* e *Cuidados não farmacológicos*, onde se destacam os enfermeiros com idade inferior ou igual a 40 anos. Porém o teste UMW apenas evidencia diferença estatística significativa na dimensão *Cuidados não farmacológicos* (UMW= 172,000; p=0,042) o que nos leva a concluir que os enfermeiros mais novos têm conhecimentos e práticas mais adequadas na abordagem dos *Cuidados não farmacológicos*, comparativamente aos mais velhos (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Análise da relação entre a idade e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros Dimensões da dor	Idade		Teste UMW	p
	<= 40 anos OM	> 40 anos OM		
Conceito de dor	23,2	23,7	257,000	0,902
Tolerância à dor	20,1	25,4	191,000	0,174
Reconhecimento da dor	24,1	22,1	228,000	0,612
Avaliação da dor	22,7	23,2	246,500	0,899
Cuidados farmacológicos	23,4	23,6	261,000	0,973
Cuidados não farmacológicos	27,8	19,9	172,000	0,042

No que respeita à relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor e o sexo, constatou-se que os enfermeiros do sexo feminino apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, ou seja, demonstraram ter conhecimentos e práticas mais adequadas em todas as dimensões, contudo com diferença estatística significativa apenas na *Avaliação da dor* (UMW= 54,500; p=0,013) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Análise da relação entre o sexo e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros Dimensões da dor	Sexo	Masculino	Feminino	Teste UMW	p
	OM	OM	OM		
Conceito de dor	18,0	24,5	98,000	0,233	
Tolerância à dor	22,6	23,1	130,000	0,924	
Reconhecimento da dor	20,2	23,5	113,500	0,538	
Avaliação da dor	11,8	25,1	54,500	0,013	
Cuidados farmacológicos	16,3	24,8	86,000	0,116	
Cuidados não farmacológicos	23,2	23,6	134,500	0,950	

No estudo da relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativos à abordagem da dor e o tempo de exercício na profissão, verificamos que os enfermeiros que exercem há mais de 20 anos revelam OM mais elevadas em todas as dimensões, exceto na dimensão *Reconhecimento da dor* e *Cuidados não farmacológicos*, demonstrando ter conhecimentos e práticas mais adequados em todas as outras dimensões. Porém, o teste de UMW não revela diferença estatística significativa em qualquer uma das dimensões, o que nos leva a concluir que o tempo de exercício profissional não influencia os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativamente às dimensões da dor (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Análise da relação entre o tempo de exercício profissional e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros Dimensões da dor	Tempo de exercício profissional	<= 20 anos	> 20 anos	Teste UMW	p
	OM	OM	OM		
Conceito de dor	23,0	23,9	254,000	0,824	
Tolerância à dor	20,2	25,5	192,500	0,172	
Reconhecimento da dor	23,1	22,9	250,000	0,963	
Avaliação da dor	22,8	23,2	249,000	0,926	
Cuidados farmacológicos	22,8	24,2	248,000	0,720	
Cuidados não farmacológicos	26,6	20,7	196,000	0,127	

Ao analisarmos a relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor e a instituição onde exercem funções, constatamos que o grupo de participantes pertencentes ao Hospital 1 apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, ou seja, revelam ter conhecimentos e práticas mais adequados na abordagem da dor, contudo o teste de UMW, apenas evidencia diferença estatística bastante significativa na dimensão de *Avaliação da dor* (UMW=129,000; $p=0,004$) e diferença estatística altamente significativa (UMW=74,500; $p=0,000$) para os *Cuidados farmacológicos*, inferindo-se que nestas duas dimensões os enfermeiros do Hospital 1 apresentam conhecimentos e práticas mais adequados (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Análise da relação entre a Instituição e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Instituição	Hospital 1	Hospital 2	Teste UMW	p
	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros				
Dimensões da dor				
Conceito de dor	27,2	20,1	182,500	0,070
Tolerância à dor	23,8	22,2	235,000	0,680
Reconhecimento da dor	25,7	20,4	193,000	0,169
Avaliação da dor	28,9	17,9	129,000	0,004
Cuidados farmacológicos	32,1	15,6	74,500	<0,001
Cuidados não farmacológicos	25,2	21,9	226,000	0,394

Reportando-nos agora à análise da relação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativos à abordagem da dor e o serviço onde exercem funções, apuramos que o Serviço de Internamento de Pediatria apresentou OM mais elevadas em todas as dimensões, exceto na dimensão *Cuidados não farmacológicos* onde se destacam os enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência Pediátrica. Contudo, pela aplicação do teste de UMW apenas se verifica diferença estatística residual na dimensão *Conceito de dor* (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Análise da relação entre o Serviço e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Serviço	Internamento de Pediatria	Urgência Pediátrica	Teste UMW	p
	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros				
Dimensões da dor				
Conceito de dor	26,5	18,9	169,000	0,059
Tolerância à dor	24,4	20,6	198,000	0,345
Reconhecimento da dor	24,5	20,5	196,000	0,321
Avaliação da dor	24,1	21,4	214,500	0,502
Cuidados farmacológicos	25,0	21,1	209,500	0,331
Cuidados não farmacológicos	22,9	24,5	234,500	0,688

No estudo da relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativos à abordagem da dor e o tempo de exercício profissional na área da S.I.P, verificamos que os enfermeiros que exercem há mais de 20 anos, apresentam OM mais elevadas nas dimensões de *Conceito de dor*, *Tolerância à dor* e *Reconhecimento da dor*, enquanto na *Avaliação da dor*, *Cuidados farmacológicos* e *Cuidados não farmacológicos*, se destacam os enfermeiros que exercem há 20 ou menos anos. Porém, sem diferenças estatísticas significativas para qualquer uma das dimensões da dor, o que revela a independência entre o tempo de exercício profissional na área da S.I.P e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativos à abordagem da dor (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Análise da relação entre o tempo de exercício profissional na área de S.I.P e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Tempo de exercício Profissional na área da S.I.P	<= 20 anos	> 20 anos	Teste UMW	p
	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros				
Dimensões da dor				
Conceito de dor	22,0	25,5	175,000	0,403
Tolerância à dor	21,8	24,1	181,000	0,594
Reconhecimento da dor	22,3	22,9	196,000	0,886
Avaliação da dor	23,1	20,8	171,500	0,583
Cuidados farmacológicos	23,4	22,0	194,500	0,731
Cuidados não farmacológicos	25,2	17,7	138,500	0,077

Ao analisarmos a relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor e as habilitações acadêmicas e profissionais, constatamos OM mais elevadas nos enfermeiros que têm o Curso de Especialização em S.I.P, demonstrando estes ter conhecimentos e práticas mais adequados em todas as dimensões, contudo a aplicação do teste de UMW não evidencia diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das dimensões da dor (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Análise da relação entre as habilitações acadêmicas e profissionais e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Habilitações acadêmicas e profissionais Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros Dimensões da dor	Licenciatura/ Pós- Graduação	Curso Especialização em S.I.P	Teste UMW	p
	OM	OM		
Conceito de dor	23,4	23,7	259,000	0,938
Tolerância à dor	22,7	23,4	241,500	0,845
Reconhecimento da dor	21,8	24,5	220,000	0,489
Avaliação da dor	22,7	23,4	242,500	0,862
Cuidados farmacológicos	23,0	24,1	250,500	0,788
Cuidados não farmacológicos	22,4	24,8	234,500	0,529

Na Tabela 30 analisamos a relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor e a existência de formação específica na área da dor com duração superior a 20 horas. Apurou-se que os enfermeiros que têm formação apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, exceto nos *Cuidados não farmacológicos*, onde se destacam os enfermeiros sem formação específica na área da dor, porém sem significância estatística. O teste UMW evidencia diferenças estatísticas significativas nas dimensões *Conceito de dor* (UMW=143,500; p=0,034), *Avaliação da dor* (UMW=131,500; p=0,022), *Tolerância à dor* (UMW=108,500; p=0,004), assim como na dimensão *Cuidados farmacológicos* (UMW=83,500; p=0,001), o que nos leva a concluir que a formação na área da dor tem uma influência bastante positiva nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros, exceto nos *Cuidados não farmacológicos*.

Tabela 30 – Análise da relação entre a formação específica na área da dor e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor

Com formação específica na área da dor	Não	Sim	Teste UMW	p
	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos enfermeiros				
Dimensões da dor				
Conceito de dor	17,5	26,1	143,500	0,034
Tolerância à dor	15,3	26,6	108,500	0,004
Reconhecimento da dor	21,6	23,0	209,500	0,721
Avaliação da dor	16,7	25,8	131,500	0,022
Cuidados farmacológicos	13,7	28,1	83,500	0,001
Cuidados não farmacológicos	23,6	22,7	222,000	0,809

Face aos resultados encontrados pelas diversas relações estabelecidas e para dar resposta à questão de investigação podemos concluir que, existe relação entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor e a sua idade, verificando-se que os enfermeiros mais novos têm conhecimentos e práticas mais adequados na abordagem dos *Cuidados não farmacológicos* e as enfermeiras executam de forma mais adequada a *Avaliação da dor*. Relativamente à relação com as variáveis profissionais, infere-se que os enfermeiros do Hospital 1 apresentam conhecimentos e práticas mais adequados na *Avaliação da dor* e na aplicação dos *Cuidados farmacológicos*, os enfermeiros que exercem funções no internamento de pediatria apresentam melhor *Conceito de dor* e os que têm formação específica na área da dor demonstram conhecimentos e práticas mais adequados no *Conceito de dor*, *Tolerância à dor*, *Avaliação da dor* e *Cuidados farmacológicos*.

Dados relativos aos pais

Ao analisarmos a relação entre a *idade* e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor, verificamos que os pais com idades superiores a 40 anos apresentam ordenações médias mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Avaliação da dor*, *Cuidados não farmacológicos* e *Cuidados Farmacológicos*, enquanto os pais mais novos e com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos, demonstraram ordenações médias mais elevadas nas restantes dimensões. Porém, o teste de *Kruskal-Wallis* apenas evidencia diferença estatística significativa na dimensão *Cuidados farmacológicos* ($X^2=12,093$; $p=0,002$) e significância marginal na *Avaliação da dor* (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Análise da relação entre a idade e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos pais Dimensões da dor	Idade			Teste de Kruskal-Wallis X ²	p
	<= 30 anos	Entre 31 e 40 anos	> 40 anos		
	OM	OM	OM		
Conceito de dor	74,3	79,8	83,1	0,652	0,722
Tolerância à dor	82,1	82,8	78,8	0,142	0,932
Reconhecimento da dor	86,8	81,1	81,3	0,429	0,807
Avaliação da dor	74,7	81,8	102,9	5,918	0,052
Cuidados farmacológicos	67,9	76,4	106,1	12,093	0,002
Cuidados não farmacológicos	69,2	83,1	95,9	5,276	0,071

No estudo da relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativamente às dimensões de abordagem da dor e o grau de parentesco, constatamos que as mães apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, ou seja conhecimentos e práticas mais adequados que os pais, exceto na dimensão *Avaliação da dor*, onde os pais apresentam OM mais elevada. Porém o teste UMW não demonstra significância estatística em qualquer uma das dimensões de abordagem da dor, pelo que concluímos que o grau de parentesco não influencia os conhecimentos e práticas dos progenitores na abordagem das várias dimensões da dor (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Análise da relação entre o grau de parentesco e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos pais Dimensões da dor	Grau de parentesco		Teste UMW	p
	Pai	Mãe		
	OM	OM		
Conceito de dor	75,0	79,7	1449,500	0,648
Tolerância à dor	80,8	82,2	1696,000	0,893
Reconhecimento da dor	77,6	84,0	1614,000	0,532
Avaliação da dor	88,3	82,7	1589,500	0,597
Cuidados farmacológicos	79,8	80,0	1670,000	0,981
Cuidados não farmacológicos	77,6	84,0	1614,500	0,535

A Tabela 33 permite-nos observar a relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativamente às dimensões de abordagem da dor e o número de filhos, verificamos que os pais com três ou mais filhos apresentam OM mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Reconhecimento da Dor* e *Avaliação da dor*, enquanto os pais com dois filhos demonstraram OM mais elevadas nas dimensões *Tolerância à dor*, *Cuidados farmacológicos* e *Cuidados não farmacológicos*, respetivamente. No entanto, o teste de Kruskal-Wallis, apenas evidencia diferença estatística significativa para a dimensão do *Conceito de dor* ($X^2=8,229$; $p=0,016$), pelo que concluímos que quando aumenta o número de filhos, existe maior adequação nos conhecimentos e práticas dos pais no conceito de dor.

Tabela 33 – Análise da relação entre o número de filhos e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos pais Dimensões da dor	Número de filhos			Teste de Kruskal-Wallis	
	Um filho	Dois filhos	Três ou mais filhos	X ²	p
Conceito de dor	76,1	73,7	105,2	8,229	0,016
Tolerância à dor	81,5	86,0	74,1	1,068	0,586
Reconhecimento da dor	80,3	81,2	95,0	1,619	0,445
Avaliação da dor	78,8	86,2	90,9	1,429	0,489
Cuidados farmacológicos	80,9	81,9	65,6	2,041	0,360
Cuidados não farmacológicos	79,4	88,5	67,4	3,451	0,178

Ao analisarmos a relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativas à abordagem da dor e o estado civil, verificamos que os pais que são casados ou que vivem em união de facto apresentam OM mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Tolerância à dor*, *Avaliação da dor* e *Cuidados farmacológicos*, enquanto os pais solteiros, divorciados ou viúvos demonstraram OM mais elevadas nas restantes dimensões. Porém, o teste de UMW apenas evidencia diferença estatística significativa na dimensão *Cuidados farmacológicos* (UMW= 1667,000; $p=0,036$) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Análise da relação entre o estado civil e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Estado Civil	Casado ou União de facto	Solteiro, Divorciado ou Viúvo	Teste UMW	p
	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos pais				
Dimensões da dor				
Conceito de dor	80,6	73,7	1988,000	0,426
Tolerância à dor	81,8	78,1	2103,000	0,674
Reconhecimento da dor	80,4	87,3	2135,500	0,433
Avaliação da dor	85,0	74,0	2033,500	0,211
Cuidados farmacológicos	82,6	64,8	1667,000	0,036
Cuidados não farmacológicos	80,4	85,4	2169,000	0,564

No estudo da relação entre a escolaridade e os conhecimentos e práticas dos pais relativamente às dimensões de abordagem da dor, verificamos que os pais com estudos superiores apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, exceto no *Conceito de dor* e *Reconhecimento da dor*, onde se destacam os pais com escolaridade até ao 3º ciclo. O teste de Kruskal-Wallis evidencia diferença estatística bastante significativa na dimensão *Tolerância à dor* ($X^2=10,673$; $p=0,005$) e *Cuidados não farmacológicos* ($X^2= 11,945$; $p=0,003$) e diferença estatística altamente significativa na dimensão *Cuidados farmacológicos* ($X^2= 17,998$; $p=0,000$). Podemos assim concluir que os estudos superiores conferem aos pais conhecimentos e práticas mais adequados nesta abordagem de cuidados sobre a dor (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Análise da relação entre a escolaridade e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Escolaridade	Até 3º Ciclo	Secundário	Estudos superiores	Teste de Kruskal-Wallis	p
	OM	OM	OM		
Análise conhecimentos e práticas dos pais					
Dimensões da Dor					
Conceito de dor	89,0	72,8	79,5	3,213	0,201
Tolerância à dor	65,0	85,4	94,9	10,673	0,005
Reconhecimento da dor	88,2	80,5	81,5	0,786	0,675
Avaliação da dor	85,2	78,1	89,3	1,668	0,434
Cuidados farmacológicos	65,8	70,6	100,4	17,998	<0,001
Cuidados não farmacológicos	62,5	89,5	91,6	11,945	0,003

A Tabela 36 permite-nos observar a relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativamente às dimensões de abordagem da dor e a situação laboral, verificando-se que os pais profissionalmente ativos apresentaram OM mais elevadas nas dimensões de *Tolerância à dor*, *Avaliação da dor* e *Cuidados farmacológicos*, enquanto os pais desempregados, estudantes, domésticos ou reformados demonstraram ordenações médias mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Reconhecimento da Dor* e *Cuidados não farmacológicos*. Porém o teste UMW não demonstra significância estatística em qualquer uma das dimensões, o que nos leva a concluir que a situação laboral não influencia os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem das várias dimensões da dor.

Tabela 36 - Análise da relação entre a situação laboral e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Análise conhecimentos e práticas dos pais Dimensões da Dor	Situação Laboral	Desempregado, Estudante, Doméstico ou Reformado	Profissionalmente ativo	Teste UMW	p
		OM	OM		
Conceito de dor		84,4	77,3	2020,500	0,408
Tolerância à dor		70,4	85,1	1997,500	0,084
Reconhecimento da dor		88,5	80,5	2277,000	0,347
Avaliação da dor		81,7	83,4	2489,500	0,842
Cuidados farmacológicos		69,4	82,8	1926,000	0,109
Cuidados não farmacológicos		85,8	81,4	2346,500	0,607

Ao analisarmos a relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativas à abordagem da dor e o local de internamento, constatamos que o Hospital 1 apresenta OM mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Tolerância à dor*, *Reconhecimento da Dor* e *Avaliação da dor*, enquanto o Hospital 2 demonstra OM mais elevadas nas dimensões *Cuidados farmacológicos* e *Cuidados não farmacológicos*, respetivamente. Porém o teste de UMW apenas evidencia diferença estatística significativa na dimensão *Avaliação da dor* (UMW=1787,000; p=0,039) no Hospital 1, (cf. Tabela 37).

Tabela 37 – Análise da relação entre o local onde a criança está internada e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Local de internamento	Hospital 1	Hospital 2	Teste	
	OM	OM	UMW	p
Análise conhecimentos e práticas dos pais				
Dimensões da Dor				
Conceito de dor	81,4	71,6	1681,500	0,289
Tolerância à dor	82,9	81,0	2110,500	0,834
Reconhecimento da dor	85,2	77,0	2023,000	0,370
Avaliação da dor	88,0	69,1	1787,000	0,039
Cuidados farmacológicos	80,4	81,0	2126,500	0,948
Cuidados não farmacológicos	80,5	93,5	1790,500	0,162

No estudo da relação entre os conhecimentos e práticas dos pais relativamente às dimensões de abordagem da dor e o motivo de internamento, verificamos que os pais de crianças com patologias cirúrgicas apresentam OM mais elevadas nas dimensões *Conceito de dor*, *Reconhecimento da dor*, *Avaliação da dor*, *Cuidados farmacológicos* e *Cuidados não farmacológicos*, enquanto os pais de crianças com patologias médicas demonstraram OM mais elevada, apenas, na dimensão *Tolerância à dor*. No entanto, o teste de UMW apenas evidencia diferença estatística significativa na dimensão *Conceito de dor* (UMW= 505,000; (p=0,019) (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Análise da relação entre o motivo de internamento e os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor

Motivo de internamento	Patologias Médicas	Patologias Cirúrgicas	Teste	
	OM	OM	UMW	p
Análise conhecimentos e práticas dos pais				
Dimensões da Dor				
Conceito de dor	75,1	106,4	505,000	0,019
Tolerância à dor	81,5	61,1	655,000	0,137
Reconhecimento da dor	79,1	88,9	891,000	0,445
Avaliação da dor	79,9	92,7	865,500	0,324
Cuidados farmacológicos	76,5	95,7	646,000	0,152
Cuidados não farmacológicos	81,0	87,5	891,000	0,631

Em resposta à questão de investigação formulada e considerando os resultados obtidos pelas diversas relações estabelecidas, podemos concluir que, existe relação entre os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor e a sua idade, verificando-se que os pais mais velhos (>40 anos) têm conhecimentos e práticas mais adequados nos *Cuidados farmacológicos*, por outro lado verificamos que quando aumenta o número de filhos, existe maior adequação nos conhecimentos e práticas dos pais no *Conceito de dor* e os pais que são casados ou que vivem em união de facto mostraram ter conhecimentos e práticas mais assertivos face aos *Cuidados farmacológicos*. Infere-se ainda que os pais que têm estudos superiores apresentam conhecimentos e práticas mais adequados na *Tolerância à dor*, na aplicação dos *Cuidados farmacológicos* e *não farmacológicos*. Os pais internados no Hospital 1 apresentam melhor *Avaliação da dor* e os que têm crianças com patologias cirúrgicas têm conhecimentos e práticas mais adequados relativamente ao *Conceito de dor*.

Q3 - Que analogias existem entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança?

Pela análise das estatísticas das dimensões do questionário de conhecimentos e práticas na abordagem da dor pelos enfermeiros e pais, verifica-se que em todas, os valores mínimos são obtidos pelos pais, e os máximos por ambos, exceto na dimensão *cuidados farmacológicos* onde apenas os enfermeiros alcançam o valor máximo e no *Reconhecimento da dor*, onde a tendência se inverte, e os pais alcançam o máximo mais elevado (pais: máx.= 100; enfermeiros: máx.= 75). Relativamente aos valores médios a tendência é idêntica, visto que estes são sistematicamente mais baixos nos pais, exceto na dimensão *Reconhecimento da Dor* onde estes obtêm a média mais elevada (Média= 60,32; Dp= 16,003) contrariamente aos enfermeiros (Média= 55,42; Dp= 15,800).

Relativamente à dispersão analisamos as medidas de assimetria *Skewness* (Sk) e de achatamento *kurtosis* (k). Relativamente aos enfermeiros constatamos que apenas a dimensão *Conceito de dor* apresenta uma distribuição assimétrica negativa, sendo todas as outras dimensões simétricas. Para a categoria dos pais verificamos apenas uma assimetria negativa na dimensão *Cuidados farmacológicos*, sendo todas as outras dimensões simétricas. No âmbito da análise do achatamento, *kurtosis* (k), da distribuição, verificamos quer no caso dos enfermeiros quer no caso dos pais todas as dimensões apresentam um achatamento mesocúrtico à exceção da dimensão *Cuidados farmacológicos* analisada na perspetiva dos pais em que se verifica uma distribuição leptocúrtica.

Tabela 39 - Estatísticas das dimensões do questionário conhecimentos e práticas na abordagem da dor em função dos enfermeiros e pais

Dimensões	Amostra	n	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro
Conceito de Dor	Enfermeiros	158	25	100	79,35	21,118	26,61	-2,694	-0,251
	Pais	46	0	100	55,81	22,497	40,30	-1,352	-1,544
Tolerância à dor	Enfermeiros	158	25	100	74,03	18,748	25,32	-1,514	-0,028
	Pais	46	6	100	49,35	20,788	42,12	1,021	-1,103
Reconhecimento da dor	Enfermeiros	158	19	75	55,42	15,800	28,50	-1,502	-0,696
	Pais	46	19	100	60,32	16,003	26,53	-0,319	-0,077
Avaliação da dor	Enfermeiros	158	38	100	74,44	17,159	23,05	-0,135	-0,715
	Pais	46	19	100	53,74	17,138	31,89	0,851	-0,941
Cuidados farmacológicos	Enfermeiros	158	40	100	79,46	20,662	26,00	-1,822	-1,481
	Pais	46	0	85	39,56	14,024	35,44	-2,567	2,283
Cuidados não farmacológicos	Enfermeiros	158	44	100	78,13	13,094	16,75	-1,191	0,643
	Pais	46	6	100	72,73	17,407	23,93	-1,978	0,284

O teste de UMW indica que os enfermeiros apresentam OM mais elevadas em todas as dimensões, exceto na dimensão *Reconhecimento da Dor*, onde se destacam os pais. As diferenças entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais são estatisticamente significativas, exceto nas dimensões *Reconhecimento da dor* e *cuidados não farmacológicos* (cf. Tabela 40).

Tabela 40 – Teste de U Mann-Whitney das dimensões do questionário de conhecimentos e práticas na abordagem da dor entre os enfermeiros e pais

Dimensões	Enfermeiros	Pais	Teste UMW	p
	OM	OM		
Conceito de dor	147,32	89,45	1572,500	<0,001
Tolerância à dor	155,72	91,08	1407,500	<0,001
Reconhecimento da dor	93,86	109,29	3188,500	0,128
Avaliação da dor	156,82	92,94	1493,000	<0,001
Cuidados farmacológicos	172,01	83,80	528,500	<0,001
Cuidados não farmacológicos	121,27	101,74	3092,500	0,053

Por forma a dar resposta à questão de investigação e considerando os resultados obtidos, podemos concluir que, na abordagem da dor pelos enfermeiros e pais existem apenas analogias no que respeita ao *Reconhecimento da dor* e nos *Cuidados não farmacológicos*, pois são as únicas dimensões onde não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

3 – Discussão

Neste capítulo iremos apresentar uma discussão mais detalhada dos resultados obtidos, confrontando-os em simultâneo com o enquadramento teórico que deu suporte ao estudo e com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em análise.

3.1 - Discussão metodológica

A discussão metodológica irá focar-se no percurso e nas opções metodológicas que foram tomadas ao longo desta investigação. Se as decisões do investigador, nomeadamente os pressupostos teóricos se revestem de uma importância decisiva no paradigma de investigação que elege, fundamental é que exista uma forte coerência entre o objeto de estudo, o propósito com que este é feito, os pressupostos que o orientam e a opção metodológica adotada (Santos, 2000). Contudo, todas as opções são válidas, desde que o investigador tenha consciência das suas limitações.

Com esta investigação pretendemos analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança e relacionar esses conhecimentos e práticas com determinadas variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico, para além de identificarmos as analogias entre a abordagem dos enfermeiros e dos pais.

Para o efeito elaboramos dois questionários que nos permitissem responder a estas questões. O questionário dos enfermeiros foi composto por questões de caracterização sociodemográfica e pela Escala de Saberes e Práticas de Cuidados perante a Dor na Criança (Batalha, 2001). O questionário dos pais foi composto por questões de caracterização sociodemográfica, de contexto clínico e também pela Escala de Saberes e Práticas de Cuidados perante a Dor na Criança (Batalha, 2001).

A utilização do questionário, apesar de ser um método privilegiado de recolha de dados quantitativos, pois é rápido na obtenção da informação e pouco dispendioso, (Fortin, 2009), o seu uso exclusivo aporta algumas limitações, sobretudo nos estudos integrados nas ciências sociais e humanas, nas quais uma abordagem qualitativa associada, poderia completar e aprofundar, através da interpretação, determinados comportamentos e significados (Almeida & Freire, 2008). Este pressuposto seria sobretudo válido considerando a aplicação e consequente análise dos dados obtidos dos pais, dado que esta foi a primeira utilização deste questionário a um grupo de leigos, mas foi no pressuposto de que são os pais os primeiros a

prestar auxílio aos filhos numa situação de dor, tentando minimizá-la, pelo que estudar a sua abordagem é deveras importante.

Uma outra limitação prende-se com o cariz transversal do estudo, que nos remete para um período de avaliação único, o que, tal como refere Fortin (2009), acaba por constituir uma informação limitada no que diz respeito ao decurso natural dos acontecimentos e seu prognóstico. Um outro aspeto diz respeito ao tipo e tamanho da amostra. Esta de cariz não probabilístico por conveniência, ou seja, composta por pessoas facilmente acessíveis à investigadora e limitada na sua representatividade, sublinha alguma fragilidade, quer no estabelecimento de relações causais entre as variáveis, quer na generalização dos resultados.

Contudo, importa ressaltar que, apesar de identificadas algumas limitações de natureza metodológica na presente investigação, esta permitiu obter uma maior compreensão no âmbito da abordagem da dor em pediatria, bem como analisar o impacto das variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico, nesses conhecimentos.

3.2 – Discussão dos resultados

De seguida iremos apresentar os resultados obtidos e confrontá-los com os resultados obtidos noutras investigações e autores consultados.

A amostra estudada foi constituída por 46 enfermeiros dos serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital 1 e do Hospital 2 e por 173 pais de crianças internadas há mais de 24 horas nesses serviços, com idades compreendidas entre os 28 dias e os 12 anos de idade.

Os enfermeiros que participaram no estudo tinham uma média de idade de 42,8 anos, sendo a maioria do sexo feminino (84,8%), o que acompanha a tendência do profissional de enfermagem, pois segundo os dados estatísticos da OE (2015) existem em Portugal 54 374 enfermeiros do sexo feminino e 12 078 enfermeiros do sexo masculino, desde sempre a enfermagem tem sido considerada uma profissão essencialmente feminina, pois ao longo da história, o cuidado está fortemente ligado à mulher. Alguns autores referem o cuidado como um elemento que faz parte da vida das mulheres (Splendor e Roman, 2003). Estes resultados suportam os de outros investigadores (Martins, Kobayashi, Ayoub e Leite, 2006; Kanai e Fidelis, 2010; Twycross e Collis, 2013) em que as amostras estudadas eram também compostas essencialmente por enfermeiros do sexo feminino, sendo esta uma tendência mundial que desde sempre se verificou ao longo dos tempos.

O tempo de serviço na profissão teve um período médio de 19,5 anos, sendo que 47,8% dos enfermeiros trabalhava há menos de 20 anos e 52,2% trabalhava há mais de 20 anos, o que revela que grande percentagem de enfermeiros que trabalha nos serviços de pediatria tem um tempo de permanência longo. Este facto, que com certeza vai ter influência na sua experiência clínica, ou seja, vai ser enriquecedor, pode, por outro lado levar os enfermeiros a subestimar alguns aspetos da sua prática.

Relativamente ao local onde exerciam funções verificamos que 47,8% dos enfermeiros trabalhavam no Hospital 1 e 52,2% no Hospital 2, sendo que 28 enfermeiros da amostra, 50% estavam divididos pelos serviços de internamento de pediatria de ambos os hospitais e os restantes 18 pelos serviços de urgência pediátrica, na sua maioria (55,6%) no serviço de urgência pediátrica do Hospital 2. Quanto ao tempo de exercício profissional na área de S.I.P a maioria dos enfermeiros (71,1%) trabalhava há menos de 20 anos nesta área.

Este contexto diverge do de Batalha (2001), pois os enfermeiros que participaram no seu estudo tinham uma média de idade jovem (35 anos), a maioria trabalhava há 10 anos e a sua experiência em serviços pediátricos era maioritariamente de 1 ano (Batalha, 2001), o que provavelmente se deve à conjectura atual do país, que tem diminuído a contratação de novos profissionais nos serviços.

Abordando a caracterização sociodemográfica dos pais verificamos que na sua maioria (60%) tinham idade compreendida entre os 31-40 anos, dos quais 60,7% eram mães e 56% eram pais. Quanto ao número de filhos, 44,7% dos pais tinha um filho, eram casados ou estavam em união de facto 77,4%, em termos de escolaridade 36,6% dos pais tinham frequentado o ensino secundário e 34,3% o ensino superior, a grande maioria (73,8%) encontrava-se empregado, sobretudo na categoria “Pessoal dos Serviços e Vendedores” onde se incluíam 29,7% dos progenitores.

Da amostra de pais, 137 estavam com os seus filhos no Hospital 1 e 35 no Hospital 2, estando as crianças maioritariamente acompanhadas pelas mães em ambos os hospitais (78,9% e 21,1%), respetivamente. Estes resultados refletem o cotidiano hospitalar, pois a maioria das crianças hospitalizadas encontram-se acompanhadas pelas mães, o que nos leva a realçar o papel da mãe na família. No mesmo sentido, Batalha (2003) refere que segundo um estudo desenvolvido por McGrath e Craing, 99% das crianças inquiridas afirmaram que, aquilo que as mais ajudava quando sentiam dor era a presença da sua mãe. Nos vários estudos consultados Polkki, Vehvilainen-Julkusen e Pietila (2002), Chng et al (2015), entre outros, a percentagem de mães que acompanham a criança é também mais elevada. No entanto, consideramos importante referir, que tem ocorrido uma evolução muito positiva ao nível do papel do pai, que cada vez mais está presente e participa no cuidar da criança.

A patologia respiratória foi a situação clínica mais frequente nas duas unidades de saúde (54 casos identificados no Hospital 1 e 10 casos no Hospital 2),

De seguida apresentamos a análise dos conhecimentos e práticas de cuidados por dimensão, analisando primeiro as respostas dos enfermeiros e depois dos pais. Não foi nosso objetivo comparar conhecimento técnico com conhecimento leigo/senso comum, contudo a dor, atualmente uma sensação ou percepção bem caracterizada cientificamente do ponto de vista fisiológico, comporta ainda muitas abordagens culturais, associadas à sua subjetividade e experiências pessoais. Como tal, consideramos interessante perceber até que ponto os pais saberiam dar resposta a um questionário técnico, mas que naturalmente inclui afirmações associadas aos possíveis significados que atribuímos às experiências dolorosas. Assim, considerando que os pais são os primeiros cuidadores dos seus filhos e frequentemente têm necessidade de tomar decisões e fazer intervenções mais técnicas, procurámos saber quais serão os seus conhecimentos e práticas.

No que respeita à análise dos conhecimentos e práticas de cuidados por parte dos *enfermeiros* perante a dor na criança, concluímos que relativamente à dimensão **conceito de dor**, os enfermeiros demonstraram, pelos resultados obtidos nas várias afirmações, que no global os seus conhecimentos são adequados. A maioria dos enfermeiros acredita que a dor é tudo o que a criança diz que é e existe onde a criança diz que existe (82,6% e 84,8%), respetivamente. Também a grande maioria dos enfermeiros concorda que a dor causada por exames é desnecessária (91,3%), e perante a afirmação que a criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir, responderam de forma adequada 76,1% dos enfermeiros. Estes resultados superam positivamente os encontrados por Batalha (2003), pois apesar de o autor ter verificado resultados no mesmo sentido, ou seja a maioria dos enfermeiros acreditava que a dor é tudo o que a criança diz que é e existe onde ela diz que existe, que a esmagadora maioria concordava que a dor causada por exames é desnecessária (72,8%) e quase metade (43,2%) concordava, embora parcialmente, que a criança devia ser medicada sempre que o pede, as percentagens ora verificadas são de facto mais elevadas, o que revela a evolução positiva dos conhecimentos dos enfermeiros face ao conceito de dor.

A dor é uma experiência subjetiva, pelo que a forma como se sente e classifica é única e intransmissível, necessitando, por este motivo, de intervenção individualizada (OE, 2013). Os diversos fatores que influenciam a experiência dolorosa na criança não devem ser ignorados pelos enfermeiros, Carter (1994) citado por Batalha (2003), devendo estes abandonar as suas próprias convicções culturais e avaliar a dor com base nos valores culturais e expectativas próprias de cada criança.

Analisando a perspectiva dos *pais* nas respostas à mesma dimensão, verificamos que embora na sua maioria (51,2%) não tenham respondido adequadamente à primeira questão, 70,0% dos pais também acredita que a dor existe onde a criança diz que existe e na sua grande maioria concorda que a dor causada por exames é desnecessária (59,9%). Quanto à questão se a criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir, grande parte dos pais respondeu de forma inadequada (73,7%). Esta postura dos pais revela a sua falta de preparação teórica neste âmbito e pode indiciar a persistência cultural de uma atitude passiva e resignada perante a dor, que leva à prática verificada habitualmente, de adiamento no uso de analgésicos pela população. Como tem sido reconhecido, a falta de conhecimentos na área da dor tem sido vista como a maior causa para a perpetuação de mitos, crenças e preconceitos (Batalha 2010). O estudo efetuado por Chng et al (2015) alerta-nos para a necessidade dos profissionais de saúde fornecerem mais informações de modo a instruírem os pais com informação teórica e prática capaz de aumentar os conhecimentos e competências para o mais eficaz controlo da dor pediátrica. Os autores referem ainda, que os pais revelaram ter níveis de conhecimentos e atitudes moderadas no alívio e controlo da dor dos seus filhos, salientam também a necessidade de no futuro se realizarem mais estudos com o objetivo de se desenvolverem guidelines com intervenções educacionais, capazes de melhorar os seus conhecimentos e atitudes, o que levará a melhorar a sua atuação no alívio da dor das suas crianças.

Relativamente às questões sobre a **tolerância à dor**, dimensão com algumas afirmações baseadas em supostos mitos, a sua análise permitiu apurar que os *enfermeiros* se encontram divididos quanto ao facto se devem encorajar uma criança a desenvolver a sua tolerância à dor (50%), contudo não consideram como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento (91,3%) e (53,3%) consideram que as crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor, apresentando neste âmbito resposta inadequada. Quase a totalidade dos enfermeiros (93,5%) responderam adequadamente ao facto de escolherem preferencialmente a via oral em detrimento da via intramuscular na administração de terapêutica para o alívio da dor. Estes resultados seguem um sentido idêntico aos encontrados por Batalha (2003), pois no seu estudo apurou igualmente que os enfermeiros se encontravam repartidos quanto ao desenvolvimento da tolerância à dor na criança. Não consideraram como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento (73,6%) e escolheram preferencialmente, ainda que em menor percentagem, a via oral no alívio da dor intensa (74,8%).

Na mesma dimensão e no que concerne aos *pais*, apenas responderam adequadamente à afirmação “as crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes” (51,7%), inclusive consideraram que a via intramuscular é mais eficaz que a via oral

(70,6%). Evitar o sofrimento relacionado com a opção pela via invasiva, sobretudo intramuscular, mesmo sendo mais rápida que a oral, em termos de atuação é uma permissa própria do técnico da área de pediatria, estreitamente ligada ao conhecimento e sensibilidade neste âmbito. Cada vez mais, os pais são encorajados a envolverem-se mais nos cuidados às suas crianças, enquanto estão hospitalizadas e no caso específico da abordagem da dor, a gestão eficaz baseia-se quer na avaliação precisa das respostas individuais da criança mas também na informação dos pais, pois conhecem como ninguém o comportamento dos seus filhos. Estes resultados sugerem que, melhorar os conhecimentos dos pais será, tal como afirmam Kanai e Fidelis (2010) um investimento para uma parceria mais efetiva e além disso irá permitir a aprendizagem/envolvimento dos pais quando confrontados com situações semelhantes no domicílio.

No que concerne à dimensão de **reconhecimento da dor**, verificamos que os *enfermeiros* continuam a apresentar algumas dificuldades em reconhecer a dor na criança, pois responderam em maior número de forma inadequada, sobre o facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo (53,3%) e analogamente com o fato da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor (67,4%), o que revela que pouco se tem investido nesta área, pois já em 2003 Batalha referiu que “a indecisão dos enfermeiros, relativamente às influências do seu desenvolvimento cognitivo nas resposta de dor da criança, confirmam a dimensão do reconhecimento da dor como uma das áreas a privilegiar no desenvolvimento de futuras ações de formação” (Batalha, 2003, p. 31), pois em pediatria nem sempre é fácil reconhecer a dor. Perante uma criança calma que diz ter dor, os enfermeiros, acreditam nessa dor (71,7%). Quando questionados se uma criança que chora e diz ter dor, responderam também maioritariamente de forma adequada 73,9% Neste contexto, o Guia Orientador de Boa Prática (2008) salienta que para poder ser tratada, a dor tem que ser reconhecida, pois a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo. Um estudo desenvolvido por Amaral-Bastos e Sousa (2014) concluiu que o cuidado à criança com dor é visto como uma exigência profissional e implica acreditar na criança que refere dor. Ainda neste contexto, Mazur, Winnick e Szczepański (2013) referem que os profissionais de saúde devem reconhecer a importância da prevenção e do tratamento da dor, mesmo nas crianças muito pequenas ou cognitivamente incapazes de relatar a extensão e gravidade da sua dor.

Analisando a perspectiva dos *pais* nas respostas à mesma dimensão, verificamos que seguem um sentido idêntico ao dos enfermeiros, pois também responderam de forma inadequada sobre o facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo (53,8%) e analogamente ao fato da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor (61,4%). Já relativamente à questão se uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor, 64,7% dos pais acreditam nessa dor. E quando questionados se uma

criança que chora e diz ter dor, responderam também maioritariamente de forma adequada 66,9% dos pais. Estas dificuldades observadas em reconhecer a dor dos próprios filhos, deve-se em grande parte aos valores e atitudes transmitidos pela família, no seu grupo cultural ou étnico, que influenciam as atitudes, comportamentos, expectativas e significado das experiências. Como resultado parte da variação que existe em relação à intensidade da dor em diferentes grupos étnicos, deve-se também aos significados, crenças e respostas emocionais desses mesmos grupos (Cardoso, 2013). Por outro lado, segundo Pimentel et al (1992) citados por Batalha (2003) é igualmente importante evidenciar a importância dos pais como parceiros privilegiados nos cuidados, na medida em que estes são atores de referência no processo comunicacional, promovendo e facilitando o reconhecimento da dor nos seus filhos.

Relativamente à **avaliação da dor**, concluímos que a maioria dos *enfermeiros*, 97,8%, considera que uma criança queimada necessita de um analgésico antes de realizar um penso, tal como no estudo de Batalha (2003). No entanto, sabemos que na prática, esta intervenção nem sempre se verifica. Mais de metade dos *enfermeiros* acredita que uma criança deprimida ou ansiosa sente realmente dor (87,0%), sendo estes resultados mais animadores comparativamente ao estudo de Batalha, pois ele refere que “1/3 dos enfermeiros tem dúvidas ou pensam o contrário” (Batalha 2003, p. 31), o que nos leva a acreditar que estes resultados sejam fruto do muito que se tem investido nesta área da avaliação da dor. A generalidade dos *enfermeiros* (73,9%) não acredita que as crianças que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.) não sentem realmente dor. Também nesta questão obtivemos resultados mais positivos, comparativamente ao estudo de Batalha, pois “um em cada três enfermeiros não comunga desta opinião” (Batalha, 2003, p. 31). Quanto à afirmação de que uma criança sedada sente menos dor, mais de metade dos *enfermeiros* (64,4%) responderam de forma não adequada. Estes resultados são contrários aos obtidos por Batalha (2003), pois ele refere que os enfermeiros se encontravam divididos. Embora estudos recentes sugiram redução da dor em pediatria, os resultados obtidos por Birnie et al (2014) revelam uma elevada frequência de dor mal controlada, no total 94% das crianças apresentaram dor e as crianças mais jovens receberam menos avaliações da dor e opioides. No entanto, Batalha (2013) considera que as ações de sensibilização/formação desenvolvidas ao longo destes anos, na área da avaliação e controlo da dor pediátrica promoveram evidentes ganhos na qualidade dos cuidados prestados, todavia sugere que o investimento na formação deve prosseguir.

Nesta dimensão e no que respeita aos *pais*, estes demonstram, globalmente, escassos conhecimentos, pois 53,8% não considera necessária a administração de analgesia antes da realização de um penso numa criança queimada, 57,6% consideram que na criança ansiosa

ou deprimida a dor não é real. Na afirmação de que as crianças que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.) não sentem realmente dor, os *pais* (50,6%) mostraram algumas dúvidas nesta questão. A esmagadora maioria (87,3%) concorda, de forma inadequada, que uma criança sedada tem menos dor. Nesta dimensão obtivemos resultados menos positivos em todas as questões no grupo de pais, que importa reter, pois pode ser uma causa importante da negligência no alívio da dor dos seus filhos. He, Polkki, Pietila e Vehvilainen-Julkumen (2006) numa revisão da literatura que realizaram revelaram que o facto de se envolverem os pais no controlo da dor, irá contribuir para um tratamento mais eficaz, pois os pais têm uma relação de confiança com os seus filhos, conhecimento e experiência em detetar mudanças de comportamento subtis que podem ser sugestivas de dor facilitando, desta forma, a avaliação da dor.

No que respeita à dimensão de **cuidados farmacológicos**, todas as crianças, independentemente da sua idade, devem receber um tratamento para a dor eficaz. No nosso estudo os *enfermeiros* encontram-se divididos (52,2%) perante a afirmação de que as crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos, pois responderam de forma não adequada. No seu estudo Batalha (2003) acrescenta que ainda prevalece “O mito de que as crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos” (Batalha 2003, p. 31). Relativamente à questão se a morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto, 58,7% das respostas dos *enfermeiros* foram adequadas. Quase a totalidade dos *enfermeiros* (91,3%) discordam que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa. Os *enfermeiros* creem que nem só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor (95,7% e uma elevada percentagem de enfermeiros não considera a morfina como um medicamento de último recurso (73,9%). Também Batalha (2003) obteve sensivelmente os mesmos resultados em todas as afirmações desta dimensão. O estudo de Twycross e Collis (2013) sobre o controlo da dor em pediatria revela que as crianças ainda estão sujeitas a experiências de dor moderada a severa durante a sua estadia no hospital. Outros estudos sugerem também que os analgésicos não são administrados tão frequentemente como poderiam ser. Todavia, como salientam Mazur, Winnicki e Szczepanski (2013), segundo a OMS os opioides são um elemento essencial no tratamento da dor e devem ser utilizados em doses eficazes. Não há outra classe de medicamentos que seja tão eficaz no tratamento da dor moderada e grave. A OMS apoiou a inclusão da morfina na lista de medicamentos essenciais para as crianças.

Analisando a perspectiva dos *pais* nas respostas à mesma dimensão, verificamos que quase todos (99,4%) concordam que as crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos, também um grande número de *pais* (95,0%)

responderam inadequadamente à questão da morfina causar dependência na criança com mais facilidade que no adulto. Os *pais* (76,4%) concordam que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa e a esmagadora maioria (97,6%) considera a morfina como um medicamento de último recurso. Nesta dimensão é bem notória a falta de conhecimentos dos *pais*, o que não surpreende pois na realidade trata-se de questões mais técnicas, é igualmente visível, ainda, a persistência de mitos relativamente ao tratamento farmacológico por parte dos pais, o que nos leva a concluir que os seus conhecimentos nesta área são precários, merecendo alguma reflexão da nossa parte, sobre o que se poderá melhorar na parceria com os pais, de forma que o processo de cuidar possa, também ele, ser um veículo de transmissão de conhecimentos e de *empowerment* dos pais. Para contrariar estes resultados, a evidência sugere a criação de uma consciência que promova a participação dos pais nos cuidados à criança, mas para que tal aconteça é necessário que os profissionais de saúde forneçam orientações e conhecimentos aos pais, a fim de incentivar a participação ativa destes. Desta forma poderão utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para ajudar a aliviar a dor nos seus filhos (Stephenson, Hoon, Hong-Gu e Mackey, 2012).

Relativamente às questões sobre os **cuidados não farmacológicos**, que têm a finalidade de diminuir a dor e aumentar o bem-estar da criança, sem ou em complementaridade com o uso de fármacos (OE, 2008), no nosso estudo constatamos que grande parte dos *enfermeiros* (65,2%) ainda recorrem ao isolamento e à escuridão. No estudo de Batalha (2003) também os enfermeiros estavam divididos nesta questão. Em contrapartida verificamos que todos os *enfermeiros* não consideram que a forma de aliviar a dor seja igual para todas as crianças, o que corresponde a 100,0% das respostas. Também Batalha (2003) obteve resultados semelhantes, pois 84,8% dos enfermeiros tinha a mesma opinião. Similarmente a esmagadora maioria dos *enfermeiros* (97,8%) e (78,3%), respetivamente, concordam que a música ou o simples facto de demonstrar que acreditam na dor da criança, contribui para o seu alívio. Igualmente Batalha diz que maioritariamente os enfermeiros concordam com estas questões. No mesmo sentido, o estudo de Mendes, Silva, Ferreira e Silva (2014) concluiu que 83,3% dos enfermeiros que participaram no seu estudo consideram muito importante a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Todavia, o estudo de Twycross e Collis (2013) revela que os métodos não farmacológicos para alívio da dor não são usados tão frequentemente como poderiam ser. O que em parte se poderá explicar com base nos resultados do estudo levado a cabo por He, et al (2010), que refere que, por vezes, os enfermeiros justificam a não aplicação de estratégias não farmacológicas devido a fatores, como excesso de trabalho, falta de tempo e incapacidade das crianças cooperarem.

Nesta dimensão e no que respeita aos *pais*, constatamos que a opinião destes (52,9%) se encontra dividida relativamente à questão sobre o isolamento e a escuridão aumentarem a sensação de dor. Em contrapartida, 82,9% não consideram que a forma de aliviar a dor seja igual para todas as crianças. No mesmo sentido, também concordam que a música ou o simples facto de demonstrar que acreditam na dor da criança isso contribui para o seu alívio (77,8% e 64,3%), respetivamente. Já em 2002, de acordo com o estudo efetuado por Polkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä, refletia a necessidade sentida pelos pais, em receber mais apoio dos profissionais de saúde, por forma a obterem mais competências e conhecimentos relativamente às estratégias não farmacológicas, nomeadamente sobre métodos cognitivos e físicos, pois referiam que as mais utilizadas, por eles, eram o apoio emocional e a participação nas atividades cotidianas.

Relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico que se associam aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança

A análise da relação das variáveis sociodemográficas e dos conhecimentos e práticas dos **enfermeiros** perante a dor na criança indicou que estes são influenciados parcialmente, apenas, se verificando diferença estatística significativa na dimensão dos cuidados *não farmacológicos* relativamente à idade, o que nos leva a concluir que os enfermeiros mais novos (idade ≤ 40 anos) têm conhecimentos e práticas mais adequados, assim como os enfermeiros do sexo feminino, que evidenciaram conhecimentos e práticas mais adequadas em todas as dimensões, contudo com significância apenas na dimensão *Avaliação da dor*, ou seja, o sexo só influencia os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na *Avaliação da dor*. Estes resultados diferem dos encontrados no estudo de Batalha (2003), dado que o autor não encontrou associação entre estas duas variáveis.

No que respeita à relação entre as características profissionais e os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na abordagem da dor, os resultados obtidos demonstraram-nos que os enfermeiros pertencentes ao Hospital 1 têm uma opinião mais assertiva para qualquer uma das dimensões da dor, revelando nestas duas dimensões conhecimentos e práticas mais adequados, com destaque para a *Avaliação da dor* e *Cuidados farmacológicos* onde se registou diferença estatística bastante significativa ($p=0,004$ e $p=0,000$ respetivamente).

No que concerne aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros com formação específica na área da dor verificamos que globalmente, os enfermeiros que têm formação apresentam conhecimentos e práticas mais adequados em todas as dimensões, exceto nos *Cuidados não farmacológicos*, existindo diferença estatística significativa na dimensão de

Conceito de dor ($p=0,034$), *Tolerância à dor* ($p=0,004$), na *Avaliação da dor* ($p=0,022$) e nos *Cuidados farmacológicos* existe diferença estatística altamente significativa ($p=0,000$).

Na relação com as variáveis tempo de exercício na profissão, serviço onde desempenham funções (internamento de pediatria), tempo de exercício em serviços de pediatria (superior a 20 anos) e habilitações académicas e profissionais (ter o curso de especialização na área da SIP) se relacionam com conhecimentos e práticas mais adequados na abordagem da dor, contudo sem significância estatística.

Também no estudo de Batalha (2003) dos resultados relativos às variáveis profissionais, apenas o tempo de exercício profissional revelou uma associação positiva e estatisticamente significativa com os saberes e práticas de cuidados neste âmbito. Apurou porém significância entre os enfermeiros que frequentaram ações de formação sobre dor, os enfermeiros de nível II revelaram melhores saberes e práticas de cuidados relativamente aos de nível I e os enfermeiros que detinham uma especialidade também obtiveram pontuações muito mais elevadas e significativas, sobretudo os detentores da especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que revelaram resultados significativamente melhores.

Também no estudo de Cunha, (2010) realizado com médicos e enfermeiros exercendo funções em serviços de pediatria verificou-se a não relação entre os anos de experiência clínica e melhor adequação na abordagem da dor, considerando a autora que de facto, a experiência clínica pode ter uma influência positiva ou negativa, ou seja, pode ser enriquecedora ou então levar médicos e enfermeiros a subestimar a dor na criança como forma de defesa, especificamente, minimizando a sua consciência da dor, o que resulta numa despersonalização e distanciamento dos doentes e da ritualização. Segundo Nagy (1999) citado pela autora, são os enfermeiros mais experientes que mais subestimam a dor. Neste estudo, apesar dos médicos possuírem uma taxa de resposta global superior aos enfermeiros, o desempenho no inquérito demonstrou que os enfermeiros tinham alguma superioridade nas respostas ao nível da análise individual das questões. As temáticas onde a autora encontrou resultados menos satisfatórios foi na avaliação e tratamento da dor, sendo que a maioria dos inquiridos (71,0%) possuía formação na área da dor na criança e, tanto médicos (46,7%) como enfermeiros (46,0%), classificaram os seus conhecimentos como suficientes. Apesar disso, 77,4% admitiam a necessidade de aumentar bastante os seus conhecimentos.

Este ponto comum nos estudos citados aporta a importância da formação na área da dor, o que, na presente investigação revelou ter uma influência bastante positiva nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros, exceto a nível dos *Cuidados não farmacológicos*, o que poderá significar que é necessário investir mais nesta área (Kozłowski et al, 2014);

Twycross e Finley, (2013) citados por Twycross, Forgeron e Williams (2015) numa revisão sistemática da literatura concluíram que embora os enfermeiros relatem o uso de várias estratégias não farmacológicas rotineiramente, algumas não são baseadas na evidência e a avaliação e gestão da dor nas crianças não é consistente com as orientações publicadas, evidenciando a necessidade de investigação para determinar quais as estratégias não farmacológicas são mais eficazes para melhorar os cuidados às crianças com dor.

O conhecimento aprofundado das terapias não farmacológicas permite responder ao fenómeno “dor” na sua globalidade, ou seja, na sua vertente fisiológica, na forma como interfere nos valores e crenças das crianças, e na forma como estas a interiorizam e a vivem (Gomes citado por OE, 2013).

A análise da relação das variáveis sociodemográficas, profissionais, contexto clínico e dos conhecimentos e práticas dos **pais** perante a dor na criança, revelou que estes são influenciados parcialmente pela idade, pois obtivemos diferença estatística bastante significativa ($p=0,002$) apenas para a dimensão de *Cuidados farmacológicos* e significância marginal na *Avaliação da dor* nos enfermeiros mais velhos, o que nos leva a concluir que os pais com idade superior a 40 anos demonstraram conhecimentos e práticas mais adequados relativamente a estas duas dimensões de abordagem da dor. Estes resultados devem-se, possivelmente, ao facto da idade conferir aos pais mais experiência e maturidade, levando-os a ter conhecimentos e praticas mais adequadas perante a dor dos seus filhos.

O número de filhos parece conferir aos pais melhores conhecimentos e práticas relativamente à abordagem da dor, pois os pais com dois e três ou mais filhos demonstraram, globalmente, conhecimentos e práticas mais adequados relativamente às dimensões da dor, apesar de só na dimensão do *Conceito de dor* se evidenciar diferença estatística significativa ($p=0,016$) nos pais com três ou mais filhos.

O estado civil aparenta ter alguma influência nos conhecimentos e práticas dos pais na abordagem da dor, pois os casados ou que viviam em união de facto demonstraram ter, globalmente, conhecimentos e práticas mais adequados, embora, apenas, se tenha verificado diferença estatística significativa ($p=0,036$) na dimensão de *Cuidados farmacológicos*.

A escolaridade confere aos pais conhecimentos e práticas mais adequados nesta abordagem de cuidados sobre a dor, pois os pais com estudos superiores obtiveram diferença estatística bastante significativa ($p=0,005$) na dimensão de *Tolerância à dor* e *Cuidados não farmacológicos* ($p=0,003$) e diferença estatística altamente significativa na dimensão de *Cuidados farmacológicos* ($p=0,000$). Nos últimos anos assistimos, no nosso país, a um aumento da escolaridade, promovendo uma maior literacia em saúde, ou seja os pais tornam-se mais aptos para tomar decisões informadas sobre a saúde e o desenvolvimento dos seus

filhos. Estes resultados são corroborados por vários estudos, nomeadamente o de Silva, Silva, Carvalhais e Silva (2016, p. 38) onde referem 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". Podemos também acrescentar que estando mais informados, estão também mais recetivos aos ensinamentos dos enfermeiros.

Verificamos que os conhecimentos e práticas dos pais acerca das dimensões da dor por local de internamento é maioritariamente mais adequada no Hospital 1. No entanto, apenas na avaliação da dor se verificou diferença estatística significativa ($p=0,039$).

Os motivos de internamento que nos pareceram influenciar os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem de cuidados sobre a dor, mais adequadamente, foram as patologias cirúrgicas, porém só no *Conceito de dor* é que se obteve diferença estatística significativa ($p=0,019$).

Na relação com as variáveis grau de parentesco e situação laboral, verificamos que estas não influenciam os conhecimentos e práticas dos pais na abordagem das várias dimensões da dor, pois não obtivemos significância estatística.

Analogias entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança

Na abordagem da dor pelos enfermeiros e pais existem apenas analogias no que respeita à dimensão *Reconhecimento da dor* e nos *Cuidados não farmacológicos*, pois são as únicas dimensões onde não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos. Estes resultados devem-se, possivelmente, por se tratar de dimensões que podemos considerar mais intuitivas e menos científicas, onde os pais mesmo sem formação apresentam médias mais elevadas (*Reconhecimento da dor*) e ligeiramente inferior (*Cuidados não farmacológicos*) que os enfermeiros. Nas restantes dimensões as diferenças entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais são estatisticamente significativas. De acordo, com alguns estudos os pais são quem está mais próximo dos seus filhos estabelecendo uma relação de confiança, e reconhecem facilmente mudanças subtis no comportamento dos seus filhos que podem ser sugestivas de dor. (He, Polkki, Pietila e Vehvilainen-Julkunen, 2006). Já Polkki, Vehvilainen-Julkunen e Pietila (2002) revelaram que os pais ao participarem nos cuidados básicos aos seus filhos, assumindo a responsabilidade pela higiene, alimentação e apoio emocional, estão a prestar cuidados não farmacológicos. Os pais sabem que esses cuidados reduzem a dor da criança durante a hospitalização, mas reconhecem as suas limitações e estão recetivos a receberem mais formação por parte dos profissionais de saúde.

Assim, os autores salientam a importância de ensinar os pais no uso de métodos não farmacológicos com os seus filhos com o intuito de reduzir a dor na criança durante a hospitalização.

4 - Conclusão

Como forma de concluirmos este estudo, é importante refletirmos sobre os aspetos que envolveram o desenvolvimento desta investigação, realçando os resultados obtidos que consideramos mais pertinentes e abordando algumas implicações práticas deles decorrentes.

Este estudo permitiu fazer uma avaliação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança.

Foram estudados os enfermeiros que desempenham funções nos serviços de pediatria (internamento e urgência) de duas unidades hospitalares da região centro do país e os pais de crianças com idades compreendidas entre os 28 dias e 12 anos de idade, com um período de internamento superior a 24 horas nessas unidades hospitalares.

No início do estudo surgiram três questões de investigação às quais pretendemos dar resposta.

Salientamos como principais resultados:

- Foram estudados 46 enfermeiros entre os 27-60 anos de idade, com uma média de idades de 42,8 anos, sendo 84,8% do sexo feminino;
- Os enfermeiros apresentaram uma média de tempo de serviço de 19,5 anos, e na área de saúde infantil e pediatria verificamos que 71,1% trabalham há ≤ 20 anos (média 14,9 anos);
- Relativamente ao local onde exerciam funções 52,2% dos enfermeiros trabalhava no Hospital 2 e os restantes 47,8% trabalhava no Hospital 1;
- Estavam distribuídos pelos serviços de internamento de pediatria e urgência pediátrica, 50% no serviço de internamento no Hospital 1 e 50% no serviço de internamento no Hospital 2. Quanto aos serviços de urgência pediátrica os enfermeiros estavam distribuídos 44,4% no Hospital 1 e 55,6% no Hospital 2;
- Relativamente à caracterização académica e profissional, 47,8% eram licenciados, 26,1% tinham Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente legal, 19,6% o grau de mestre e 6,5% tinham pós-graduações;
- Frequentaram ações de formação específica na área da dor com duração superior a 20 h 64,4%, destes, 52,2% tinham duas ou mais ações de formação.

Relativamente aos progenitores:

- Foram estudados 173 pais entre os 18-50 anos de idade, sendo que 85,3% eram mães, com uma média de idades de 34,4 anos;
- Quanto ao número de filhos constatamos que 44,7% dos pais tinham um filho, no que respeita ao estado civil a maioria eram casados ou estavam em união de facto (77,4%);
- Em termos de escolaridade verificamos que 36,6% dos pais frequentaram o ensino secundário;
- Relativamente à situação laboral 73,8% dos pais estava empregado, destes 29,7% pertencia à categoria de “Pessoal dos Serviços e Vendedores”;
- Quanto ao local onde a criança esteve internada, apuramos 79,7% internamentos no Hospital 1, estando maioritariamente acompanhadas pelas mães (78,9%);
- A patologia respiratória foi a que mais se verificou nas duas unidades de saúde (54 casos identificados no Hospital 1 e 10 casos no Hospital 2);

Quanto à avaliação da interpretação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais sobre os cuidados com a dor na criança, verificamos que:

Conceito de dor

- A maioria dos enfermeiros acredita que a dor é tudo o que a criança diz que é e existe onde a criança diz que existe. Também a maioria dos enfermeiros concorda que a dor causada por exames é desnecessária e três em cada quatro enfermeiros concorda que a criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir.
- Os pais encontram-se divididos na questão se a dor é tudo o que a criança diz que é, mas concordaram em grande número que a dor existe onde a criança diz que existe e que a dor causada por exames é desnecessária, no entanto a maioria não concorda que a criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir.

Tolerância à dor

- Os enfermeiros têm dúvidas se devem encorajar uma criança a desenvolver a sua tolerância à dor. A maioria responderam adequadamente ao não considerarem como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento, quando questionados se as crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor deram maioritariamente respostas não adequadas. A esmagadora maioria dos enfermeiros concorda que se deve evitar a via intramuscular para a administração de medicação analgésica.
- A maioria dos pais concorda, apesar de inadequadamente, que se deve encorajar uma criança a desenvolver a sua tolerância à dor, as crianças com dor prolongada tendem para o

aumento da tolerância à dor e 2/3 dos pais julga que na dor intensa se deve escolher a via intramuscular em detrimento da via oral para administração de analgésicos. No entanto, a maioria respondeu adequadamente à questão se consideram como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento.

Reconhecimento da dor

- Os enfermeiros responderam em maior número de forma não adequada sobre o facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo e ao facto da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor. Perante uma criança calma que diz ter dor, acreditam nessa dor e também concordam que se uma criança chora e diz ter dor é porque tem dor. Esta foi a dimensão onde os enfermeiros revelaram ter mais dificuldades.
- A maioria dos pais responderam de forma não adequada sobre o facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo e com o facto da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor. Perante uma criança calma que diz ter dor os pais acreditam nessa dor e também concordam que se uma criança chora e diz ter dor é porque tem dor.

Avaliação da dor

- Os enfermeiros não têm dúvidas, todos, há exceção de um, concordam que uma criança queimada precisa de um analgésico antes da realização de um penso. A quase totalidade dos enfermeiros acredita que uma criança deprimida ou ansiosa sente realmente dor. Três em cada quatro enfermeiros não acredita que as crianças que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.) não sentem realmente dor. Porém, dois em cada três enfermeiros ainda concordam que uma criança sedada sente menos dor.
- A maioria dos pais não considera necessário que uma criança queimada precisa de um analgésico antes da realização de um penso, não acreditam que uma criança deprimida ou ansiosa sente realmente dor. Enquanto pouco mais de metade acredita que as crianças que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.) não sentem realmente dor. Três em cada quatro pais concordam que uma criança sedada sente menos dor.

Cuidados farmacológicos

- Os enfermeiros estão divididos relativamente ao facto das crianças serem mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos. A maioria não considera que a morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto. Quase a totalidade dos enfermeiros não concorda que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa e creem que nem só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor. Três

em cada quatro enfermeiros não considera a morfina como um medicamento de último recurso.

▪ A esmagadora maioria dos pais consideram que as crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos, e creem que a morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto, concordam, também em grande número, que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa e consideram que só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor. Também uma elevada percentagem de pais pensa que a morfina é um medicamento de último recurso.

Cuidados não farmacológicos

▪ Três em cada quatro enfermeiros ainda acredita que o isolamento e a escuridão diminuem a sensação de dor. Todos os enfermeiros aceitam que a forma de aliviar a dor não é igual para todas as crianças. Os enfermeiros não têm dúvidas, pois exceto um, todos concordam que a música pode ser usada com sucesso no alívio da dor. Três em cada quatro enfermeiros creem que o fato de acreditarem na dor da criança isso contribui para o seu alívio.

▪ Um em cada dois pais ainda acredita que o isolamento e a escuridão diminuem a sensação de dor. A grande maioria aceita que a forma de aliviar a dor não é igual para todas as crianças, concordam que a música pode ser usada com sucesso no alívio da dor, e creem que o fato de acreditarem na dor da criança isso contribui para o seu alívio.

Na relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto clínico com os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança, concluímos que:

Enfermeiros

- Existe relação parcial entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros perante a dor na criança e a idade e sexo pois apenas verificamos que os enfermeiros mais novos (idade ≤ 40 anos) têm uma opinião mais assertiva acerca dos *cuidados não farmacológicos* face aos mais velhos (idade > 40 anos) e as enfermeiras demonstraram ter conhecimentos e práticas mais corretas a nível de todas as dimensões da dor estudadas, nomeadamente na *avaliação da dor*.

- O serviço onde desempenham funções, o tempo de exercício profissional na área da S.I.P e as habilitações académicas e profissionais não influenciam os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativamente às dimensões da dor.

- Os enfermeiros pertencentes ao Hospital 1 têm conhecimentos e práticas, mais assertivos para qualquer uma das dimensões da dor, com significância na *Avaliação da dor e nos Cuidados farmacológicos*.

- A formação na área da dor com duração superior a 20 horas influencia os conhecimentos e práticas dos enfermeiros, exceto nos *Cuidados não farmacológicos*.

Pais

- Os pais com idade superior a 40 anos demonstraram ter conhecimentos e práticas mais adequados relativamente à *Avaliação da dor e Cuidados farmacológicos*.

- O número de filhos parece-nos conferir aos pais melhores conhecimentos sobre a dor, pois são os pais com dois e três ou mais filhos que revelaram conhecimentos e práticas mais adequados, com destaque na dimensão do *Conceito de dor*.

- O estado civil aparenta ter alguma influência nos conhecimentos dos pais sobre a dor, pois os casados ou que viviam em união de facto demonstraram ter, globalmente, melhores conhecimentos e práticas, especialmente na dimensão *Cuidados farmacológicos*.

- A escolaridade confere aos pais um melhor conhecimento sobre a dor, principalmente na dimensão de *Tolerância à dor, Cuidados farmacológicos e Cuidados não farmacológicos*, nomeadamente nos pais com estudos superiores.

- Os conhecimentos e práticas dos pais acerca das dimensões da dor, por local de internamento são mais adequados no Hospital 1, para a dimensão de *Avaliação da dor*.

- Os pais de crianças com patologias cirúrgicas foram os que demonstraram ter melhores conhecimentos e práticas sobre a dor na criança, nomeadamente na dimensão do *Conceito de dor*.

- A situação laboral dos pais e o grau de parentesco não influenciam os conhecimentos e práticas dos pais sobre as dimensões da dor.

Quanto às analogias entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros e dos pais perante a dor na criança, verificamos que estas existem, apenas, no que respeita ao *Reconhecimento da dor* e aos *Cuidados não farmacológicos*, pois são as únicas dimensões onde não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Face a estes resultados e tendo em consideração tudo o que foi exposto neste trabalho, consideramos fundamental enumerar algumas intervenções com implicações na prática de cuidados.

Implicações para a prática:

O controlo da dor depende da comunicação entre os elementos da equipa de saúde, que é constituída por enfermeiros, médicos, pais/criança e outros. Assim, consideramos deveras importante investir mais na abordagem em parceria com os pais na prestação de cuidados às crianças com dor, a fim de promover o seu *empowerment* por meio da participação ativa no controlo da dor entre enfermeiros/criança/pais. Desta forma a nossa intervenção deverá ser estruturada numa lógica de parceria, incluindo os pais/criança no planeamento e prestação de cuidados que se lhes destinam. O que significa que os profissionais e família/criança se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão. Toda esta nova visão sobre a maior capacitação dos pais permite uma maior consciencialização do seu papel no processo de saúde.

Esta investigação pode ser encarada como um ponto de partida para outros trabalhos de investigação e permitiu identificar pontos fortes e fracos nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e pais perante a dor na criança, o que futuramente irá servir de base para o desenvolvimento de um plano e estratégias de formação, nomeadamente na área do tratamento da dor. Para isso é necessário passar da intencionalidade à prática efetiva, identificando uma estratégia de formação em colaboração com o Grupo de Estudo e Avaliação da Dor, estabelecer contactos com a gestão dos serviços, por forma a elaborar um plano de participação em que todos os enfermeiros tenham oportunidade de frequentar futuras ações de formação, para que o conhecimento seja acessível a todos e haja oportunidade para desconstruir mitos e preconceitos, ainda tão enraizados na nossa cultura, uniformizando assim os cuidados prestados de forma fundamentada a fim de que todos juntos possamos prestar cuidados de excelência.

Neste contexto, o investimento na formação levará a que haja mais foco na qualidade dos cuidados, no processo e conseqüentemente nos resultados, contribuindo de forma significativa para os ganhos em saúde e para a satisfação dos utentes (criança/família) face aos cuidados de enfermagem prestados.

Como em toda a pesquisa efetuada não encontramos muita bibliografia que estabelecesse uma comparação semelhante à realizada neste estudo, ficamos com o sentimento do seu carácter inovador, considerando importante investigar mais profundamente esta relação em amostras mais alargadas.

Terminamos referindo que esta investigação permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre a dor na criança e sua família, e possibilitou a consciencialização que o dever dos enfermeiros passa por prevenir e minimizar as situações de dor na criança, e que por sua vez, a criança tem o direito a não sofrer com dor.

Bibliografia

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Amaral-Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinariedade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Biblioteca da Dor. Permanyer Portugal.
- Amaral-Bastos, M., Sousa, C.F., (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a práxis. *Nascer e Crescer*. XXIII(4), 190-194. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>. Acedido em setembro de 2015.
- BA(Hons), K. A. B., Chambers, C. T., Fernandez, C. V., Forgeron, P. A., Latimer, M. A., McGrath, P. J., Cummings, E. A., Finley, G. A. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Res Manag*. 19 (4), 198-204. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24809068>. Acedido em agosto de 2015.
- Batalha, L. M. C. (2001). A Criança com Dor e sua Família: Saberes e Práticas dos Enfermeiros Pediátricos. *Nascer e Crescer*. 10(4), 266-273.
- Batalha, L. M. C. (2003). Os enfermeiros e a dor na criança. Um contributo para avaliar saberes e práticas. *Dor*. 11(1), 5-40.
- Batalha, L. Santos L. A., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediatrca Portuguesa*. 36(4), 201-207. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_2_01.pdf Acedido em setembro de 2015.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Referência*. III Série (2), 73-80.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. Suplemento. 16-21. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.21/2592> Acedido em setembro de 2015.

- Batalha, L. M. C., Costa, L. P. S., Reis, G. M. R., Jacinto, F. M. R. C., Machado, R., Santos, P. M. G. (2014). Dor Pediátrica em Portugal: Resultados da Sensibilização e Formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45, 99-106.
- Batalha, L. M. C., Fernandes, A. M., Campos, C., Perdigão, A. M. P. M., Oliveira, A. L. D. M. (2015). Versão reduzida da lista dos descritores de dor do Adolescent Pediatric Pain Tool – versão portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 46(1), 12-17. Consultado em:
<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4407> Acedido em outubro de 2015.
- Birnie, K. A., Hons, B. A., Chambers, C. T., Fernandes, C. V., Forgeron, P. A., Latimer, M. A., Grath, P. J., Cummings, E. A., Finley, G. A. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Res Mang*. 19(4), 198-204. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158935/>. Acedido em setembro de 2015.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel.
- Chng, H. Y., He, H., Chan, S. W., Liam, J. L. W., Zhu, L., Cheng, K. K. F. (2015). Parents Knowledge, attitudes, use of pain relief methods and satisfaction related to their children`s postoperative pain management: a descriptive correlational study. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 1630-1642. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12764/abstrac>. Acedido em outubro de 2015.
- Cunha, I. M. (2010). *Abordagem aos conhecimentos dos Profissionais de Saúde no âmbito do controlo da Dor Aguda Pós-Operatória em Crianças* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52831/2/Dissertao%20MIM.pdf>. Acedido em novembro de 2016.
- Farias, A. R. R., (2014). *Estudo das Estratégias de Coping e Catastrofização em Adolescentes com Dor Crónica* (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em:
<http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20249/1/ulfpie047357.pdf>. Acedido em setembro de 2015.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor – o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, A. (2009). O enfermeiro na avaliação da dor. *Revista Nursing*, Dezembro, 8-12.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta

-
- He, H., Polkki, T., Pietila, A., Vehvilainen-Julkumen, K. (2006). Chinese parent's use of nonpharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 2-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2006.00373.x/abstract>. Acedido em setembro de 2015.
- He, H., Jahja, R., Lee, T., Ang, E. N. K., Sinnappan, R., Vehvilainen-Julkumen, K., Chan, M. F. (2010). Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of advanced Nursing*. 66 (11), 2398-2409. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722797>. Acedido em outubro de 2015.
- Hockenberry, M. J., Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. Vol I, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2006). *A dor na criança - atendimento de crianças e jovens nos Centros de Saúde*.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa. Disponível em: http://esabelsalazar.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=907:spoclassificacao-nacional-de-profissoes&catid=301:servico-de-psicologia-e-orientacao&Itemid=293. Acedido em outubro de 2016.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. Vol I, pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Kanay, 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.
- Hla, T. K., Hegarty, M., Russel, P., Drake-Brokman, T. F., Rangolam, A., Von Ungern-Sternberg, B. S. (2014). Perception of Pediatric Pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric Anesthesia*. 24, 1127-1131. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25074484>. Acedido em outubro de 2015.
- Martins, C., Kobayashi, R.M., Ayoub, A. C., Leite, M. M. J. (2006). Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. *Texto Contexto Enferm*. 15(3), 472-478.

-
- Mazur, A., Winnicki, I. R., Szczepanski, T. (2013). Pain management in children. *Ann Agric Environ Med.* 1, 28-34. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Tomasz_Szczepanski2/publication/263740518_Pain_management_in_children/links/54b1a8410cf2318f0f93ee61.pdf. Acedido em setembro de 2015.
- Mendes, S. M. R., Silva, A. P. B. F., Ferreira, S. C., Silva, F. R. F. (2014). A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança. *Nursing – Magazine Digital.* Disponível em: <http://www.nursing.pt/a-utilizacao-de-estrategias-nao-farmacologicas-de-alivio-da-dor-na-crianca/>. Acedido em outubro de 2015.
- Monteiro, M. A. J. (2013). Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. *Cadernos OE. Série 1* (6).
- Mu, P. F., Chen Y. C. & Cheng, S. C. (2009). The effectiveness of non-pharmacological pain management in relieving chronic pain for children and adolescents. *JBI Library of Systematic Review.* 7(34), 1492-1547. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05310.x/abstract;jsessionid=95D1CE6BB5AC0BB6CFDEFF6705F14F00.f01t04?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage>. Acedido em setembro de 2015.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.* (5ªed). Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS.* Lisboa : Edições Lidel.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico.* Lisboa: Lidel.
- Polkki, T., Vehvilainen-Julkunen, K., Pietila A. M. (2002). Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. *Journal of Clinical Nursing.* (11), 526-536. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100649>. Acedido em setembro de 2015.
- Pombo, N. G. C. C. (2014). *Information technologies for pain management.* (Tese de Doutoramento, Universidade da Beira Interior). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/3300>. Acedido em setembro de 2015.

-
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>. Acedido em outubro de 2015.
 - Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da dor*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...e.../programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.asp>. Acedido em outubro de 2015.
 - Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
 - Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações Técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
 - Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. I(1).
 - Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE, I (6).
 - Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2015). *Dados estatísticos a 31/12/2014*. OE Fevereiro, 1-8. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf
Acedido em outubro de 2016.
 - Prieto, C. L., Galán, C. R., Kiza, A. H. (2015). Comparación de los conocimientos sobre dolor infantil en 2 poblaciones de profesionales de enfermería. *Anales de pediatria*. Elsevier España. 82(1), 158-164. Disponível em: <http://www.analesdepediatria.org/es/comparacion-los-conocimientos-sobre-dolor/articulo/S169540331400085X/>. Acedido em setembro de 2015.
 - Sallum, A. M. C, Garcia, D. M., Sanches, M. (2012). Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 25(1), 150-154. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf. Acedido em outubro de 2015.
 - Santos, A.R (2001) . *Metodologia científica: A construção do conhecimento*. 4. ed . Rio de Janeiro : DP&A,. 144p
 - Silva, I., Silva, E., Carvalhais, M., Silva, D. (2016). Experiências dos cuidadores sobre a dor na criança. *Millenium*, 2 (ed espec nº1), 33-39.

- Stephenson, M., Hoon, L. S., Hong-Gu, H., Mackey, S. (2012). Parental involvement in their children`s postoperative pain management in hospital. *JBI Best Practice*.16(3), 1-4. Disponível em: <http://connect.ibiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=9270> Acedido em setembro de 2015.

- Splendor, V. L., Roman, A. L. (2003). A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. *Revista Contexto & Saúde*. 2(4), 31-34. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1268/1046> Acedido em outubro de 2015.

- Twycross, A., Collis, S. (2013). How well is acute pain in children managed? A snapshot in one English hospital. *Pain Management Nursing*.14(4), 204-215. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315274>. Acedido em outubro de 2015.

- Twycross, A., Forgeron, P., Williams, A. (2015). Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 52, 836-863. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00010-3/references](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00010-3/references). Acedido em outubro de 2015.

- Vaz, J., Alves, R., Ramos, V. (2016). Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos dolorosos. *Enfermeria Global*. 41, 387-398. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/216951/188631>. Acedido em setembro de 2016.

