

1-INTRODUÇÃO

A Direcção Geral de Saúde através da circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 instituiu a “dor como 5º sinal vital”. Nesta normativa, consta que é importante que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boas práticas e como rotina altamente humanizante, na abordagem das pessoas de todas as idades que sofram de dor crónica ou aguda, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo e intensidade à categoria equiparada de 5º sinal vital. Segundo a carta dos direitos da criança hospitalizada “(...) As agressões físicas ou emocionais e dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, Art.5º).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na unidade curricular Relatório Final, propusemo-nos a realizar um trabalho de investigação. Procurando um tema actual, dentro da abrangência dos cuidados de enfermagem em geral e dos cuidados de enfermagem pediátrica em particular, enquanto factor de desenvolvimento pessoal, académico e profissional, procuramos compreender em que medida os enfermeiros da equipa onde trabalhamos, valorizam a dor como 5º sinal vital. Este tema surge da necessidade da avaliação da dor na criança no serviço de urgência pediátrica e de perceber se os enfermeiros a interpretam e avaliam como 5º sinal vital, na prática quotidiana dos cuidados de enfermagem e quais as principais dificuldades, sentidas por estes profissionais.

O tema da dor na criança já tinha sido desenvolvido por nós, em conjunto com algumas colegas do curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, na unidade curricular de enfermagem de pediatria, com um trabalho intitulado “A dor em pediatria” criando em nós a expectativa de saber se efectivamente os enfermeiros valorizam/registam a dor na criança, como 5º sinal vital.

Não duvidamos que os profissionais de enfermagem pretendam assumir os princípios humanistas, pois um sistema de saúde de qualidade implica o alívio do sofrimento dos doentes, como regra de conduta, mas a realidade revela, por vezes, comportamentos nem sempre coerentes com estes. A dor na criança, como preocupação recente, é disso exemplo paradigmático que mede o quanto temos andado afastados da ciência. A avaliação da dor é presentemente um objectivo prioritário dos profissionais, mas por vezes a dificuldade de pôr em prática os procedimentos de avaliação, faz com que esta não seja avaliada/registada.

Com o intuito de compreendermos “Em que medida a dor, como 5º sinal vital é valorizada, pelos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu”, decidimo-nos por um estudo exploratório-descritivo e comparativo.

Este estudo pretende atingir os seguintes objectivos:

- Analisar a importância que os enfermeiros da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, atribuem à avaliação e registo da dor como 5º sinal vital.
- Identificar as situações de doença, em que a dor na criança é avaliada e registada, com mais frequência;
- Conhecer as principais dificuldades na avaliação e registo da dor na criança, sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu;
- Sensibilizar os enfermeiros da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu para a importância dos registos sobre a dor da criança;

Ganha assim sentido, a questões de investigação que constitui a génese deste trabalho:

“Será que os enfermeiros da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu interpretam a dor na criança como 5º sinal vital, registando a sua avaliação com a mesma frequência dos outros quatro sinais vitais?”

Após uma pesquisa bibliográfica e após a informação recolhida, foram elaborados os instrumentos de colheita de dados que permitiram recolher informação. Foi aplicado um questionário aos enfermeiros da urgência pediátrica e foi feita análise documental dos registos de enfermagem das crianças internadas durante o mês de Outubro na unidade de internamento de curta duração do serviço de urgência pediátrica; estes dados foram objecto de tratamento qualitativo e quantitativo.

O relatório está estruturado em três partes distintas: na primeira será feita uma breve revisão bibliográfica sobre a dor como 5º sinal vital, a avaliação da dor em pediatria, factores que influenciam a dor na criança, métodos de avaliação da dor e tratamento; na segunda parte apresentamos o processo metodológico com enquadramento do tema, questão de investigação, tipo de estudo e desenho de investigação e tratamento de dados. Na parte final, apresentam-se dados recolhidos, os resultados e conclusões do estudo.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor é o sintoma mais antigo da história da medicina. A par da nossa obrigação profissional em proporcionar conforto e aliviar sofrimento, uma dor frequente e prolongada traz sérios problemas à estabilidade fisiológica e imediata no desenvolvimento a longo prazo da criança. Estar desperto para esta realidade é essencial.

A dor é um fenómeno multidimensional composto por variáveis fisiológicas e psicológicas, sujeito a modificações por factores biológicos, contextuais, experiências prévias, e outros. A sua principal função é sinalizar possível dano tecidual actual ou potencial. A palavra dor, na língua inglesa “pain”, tem origem do latim *poena*, que significa punição.

Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade.

2.1 DOR: 5º SINAL VITAL

O interesse da comunidade científica pela temática da dor é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados.

Para MELZACK e WALL, 1996 (cit. in Jong et al., 2005), a dor é um conceito tão complexo, com diversos factores determinantes, que desafia uma definição.

De acordo com MCCAFFERY, 1989 (cit. in Coll et al., 2003), dor é “aquilo que a pessoa que experimenta diz que é, e existe sempre que essa diz que existe”. Também MELZACK (1999) partilha esta perspectiva, ao definir dor como “uma experiência pessoal e subjectiva que só pode ser sentida pela pessoa que sofre”.

A dor, “*sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do social, comportamento social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento*” (CIPE, 2005, pág. 210), perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário. São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis.

Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições.

Diversas pesquisas realizadas reflectem mudanças no conceito de dor: da noção de fenómeno puramente sensorial, passou-se para uma experiência composta de elementos sensoriais e emocionais e, finalmente, para um fenómeno com componentes sensório-discriminativos, motivacional-afectivos e cognitivo-comportamentais. Estes componentes

estão inter-relacionados com factores ambientais, sócio-culturais, contextuais e do desenvolvimento (AAP, 2001). Assim sendo, a dor é sempre subjectiva por definição e uma experiência única para cada indivíduo, o que é válido também para as crianças. A dor é diferente para cada criança não apenas em função da idade, sexo ou nível cognitivo, mas também da sua compreensão do estímulo doloroso, da diversidade e intensidade das diferentes dores prévias, das suas atitudes e expectativas, vivências familiares e culturais.

Uma definição de dor aplicável à infância ainda está por ser desenvolvida.

2.2 AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

Os profissionais de saúde têm-se deparado continuamente com um dos problemas mais desafiantes da prática diária: a medição e avaliação da dor em pediatria (FRANCK et al, 2000).

Apesar de haver um interesse crescente pelo tema, a sua medição ainda carece de maior atenção. Para um tratamento adequado da dor, uma avaliação precisa e correcta deve ser feita inicialmente.

Existem dois métodos de avaliar a dor: por auto-avaliação (o próprio avalia a sua dor) ou por hetero-avaliação (avaliação realizada pelo Enfermeiro, Médico, Pais ou outra pessoa). A dor ao ser considerada uma variável subjectiva requer que na sua avaliação se valorize a percepção de quem a experiencia (ANAES, 2000 cit.in BATALHA, 2001).

As medidas de avaliação de dor, correspondem tanto a medidas de auto-relato e de observações comportamentais, quanto a medidas fisiológicas, tais como batimento cardíaco e pressão sanguínea; estas são consideradas medidas complementares às primeiras. Na interacção entre os indicadores de dor, destacam-se outras variáveis que podem modular a percepção, a intensidade, a sensação e a qualidade da dor experimentada, como, por exemplo, a cognição, emoção e motivação, além de variáveis do contexto ambiental (WALCO et al, 2005).

Para uma avaliação exacta da dor, é condição necessária que a escala usada seja validada (válida, fiável, sensível, específica, reprodutível e com utilidade clínica) (STEVENS et al, 2000 cit.in BATALHA 2001), isto é, a escala deve garantir que se mede a dor e não outra coisa (validade), precisão na medição com o passar do tempo e entre avaliadores (fiabilidade), capacidade para diferenciar os verdadeiros estados de não dor (especificidade), concordância entre avaliadores quando usada noutra população de utilizadores (reprodutibilidade), facilidade e utilidade na sua aplicação em termos de custos, tempo, aceitação, facilidade e vantagens para o tratamento (utilidade clínica).

Encontram-se na literatura diversas escalas para mensuração do quadro algíco. Todas elas são utilizadas a fim de obter base subjectiva e objectiva do score de dor. A

avaliação subjectiva pode ser obtida mediante respostas verbais ou gráficas do doente, sendo avaliados os aspectos qualitativos e quantitativos do estímulo algico. Nos aspectos qualitativos deve ser avaliado a correlação entre dor e os demais aspectos fisiológicos e nos aspectos quantitativos pode-se quantificar a intensidade de dor sentida pelo paciente. Já a base objectiva requer técnicas que permitam a avaliação da intensidade da dor por um só observador, que avalia mediante os parâmetros fisiológicos, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, sudorese e agitação psicomotora; e as determinações bioquímicas, hormonas adrenocorticotrófico, antidiurético, prolactina, cortisol e glucagon, das catecolaminas e da glicose sanguínea (DRUMMOND, 2000).

De um modo geral, as escalas podem ser classificadas em unidimensionais, em que se avalia somente uma dimensão da experiência dolorosa, geralmente a intensidade, e multidimensionais, que consideram duas ou mais dimensões (TONIOLLI, 2003; DRUMMOND, 2000).

A experiência dolorosa é um evento muito mais amplo, não se resumindo apenas à intensidade. As características da dor também devem ser avaliadas, incluindo o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e factores desencadeantes. É importante observar as reacções comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, inquietação, posicionamento protector, insónia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipneia, hipertensão, entre outros (SAKATA et al, 2003).

2.3 FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR NA CRIANÇA

Existem factores que podem influenciar a intensidade da dor, aumentar ou diminuir a sua tolerância e produzir determinadas respostas comportamentais. O conhecimento destes factores torna-se importante na medida em que influenciam a forma como essas queixas de dor são interpretadas, e a resposta dos enfermeiros a essas mesmas queixas.

Segundo Anand et al (2000) é quando são confrontados com os comportamentos das crianças que os enfermeiros podem reconhecer a existência da dor. Por esta razão torna-se difícil separar-se os factores que de acordo com a sua experiência interferem na percepção dolorosa, dos factores que interferem na resposta à dor.

Segundo Melzack e Wall (1982) a intensidade e o carácter da dor que se sente são influenciados pelos:

- Grau de lesão orgânica
- Experiências anteriores
- Meio cultural

Os mesmos autores referem também que a dor difere de pessoa para pessoa e de cultura para cultura, ou seja, um estímulo que provoque uma dor insuportável a um

indivíduo, pode ser suportado sem queixas por outro. Assim, há vários factores que influenciam a dor tais como:

- Factores culturais, sociais e religiosos;
- Limiar da dor
- Atenção, ansiedade e distração
- Experiências anteriores
- Significado da situação
- Sentimento de controlo da dor
- Sugestões e *placebos*.

O significado atribuído à dor pode sofrer interferência de factores e valores pessoais, além da limitação do conhecimento sobre os mecanismos de dor (TEIXEIRA e OKADA, 2003).

2.4 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

A avaliação da dor na criança tem-se alterado, o próprio relato da criança é o indicador mais simples e confiável da existência e da intensidade de uma dor aguda. Sendo a dor uma experiência sensorial e emocional, devem ser empregues diversas estratégias de avaliação para a obtenção de informações a respeito da dor. De acordo com Walley e Wong (1999), uma conduta para a avaliação da dor em crianças é o **QUEECE**:

Questionar a criança

Usar escalas de avaliação da dor

Evoluir as alterações de comportamento e fisiológicas

Estar seguro de que há envolvimento dos pais

Considerar a causa da dor

Empreender a acção e avaliar os resultados

Os métodos, hoje disponíveis para avaliação da dor em pediatria, dividem-se em quatro grupos: medições fisiológicas, medições comportamentais, auto-relatos e multidimensionais.

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

Recém-nascidos e idade pré-escolar

Os instrumentos de mensuração da dor devem ser adaptados às fases de crescimento e desenvolvimento das crianças, uma vez que sob o ponto de vista cognitivo as variações na infância são muito amplas. Crianças em fase pré-verbal são melhores avaliadas através de escalas fisiológicas e comportamentais, cujos resultados, muitas vezes podem dificultar o diagnóstico entre dor e desconforto.

Fisiologicamente, avaliam-se na prática clínica: frequência cardíaca, frequência respiratória e tensão arterial sistólica. Em relação aos parâmetros comportamentais utilizados na avaliação estão: mudanças na expressão facial, estado de sono, choram e vigília e os movimentos corporais associados aos parâmetros fisiológicos.

Tem sido atribuída uma importância crescente às medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica ao estímulo doloroso, do que os parâmetros fisiológicos (GUINSBURG, 1999).

Como podemos observar, na escala objectiva (figura 1), ela pode ser utilizada dos 0 aos 5 anos, tendo diferentes scores, mediante as idades. Esta escala foi adaptada à nossa realidade da urgência, para melhor avaliação das crianças nestas idades.

Figura 1- escala objectiva

ESCALA DE DOR OBJECTIVA - OPS				
0 a 6 meses			6 meses – 5 anos	
Crítérios	Comportamento observado	Valor	Comportamento observado	Crítérios
Mimica	Não tem	1	Sorriso/face claramente positiva	Expressão facial
	Intermitente	2	Expressão nula/face neutra	
	Permanente	3	Esgar/face claramente negativa	
Sono	Prolongado	1	Clamo a dormir	Expressão corporal
	Breve	2	Agitação moderada	
	Nenhum	3	Agitação/prostração	
Choro	Sem grito/ consolável	1	Ausentes	Gritos/ choro
	Normal/alterado	2	Gemido/ choro	
	Agudo/constante/não consolável	3	Gritos vigoroso/ choro	
Tónus	Motilidade normal/ calmo	1	Corpo em repouso	Atitude corporal
	Agitação moderada/reactividade	2	Agitação/ mov descood./ rigidez	
	Agitação/ hiperextensão/ tremores	3	De pé na cama	
Sucção	Vigorosa	1	Fala/ não se lamenta/ palra	Verbalização
	Descontinua/ interrompe e grita	2	Nenhuma/ não fala/ não palra	
	Ausente/ desinteressado	3	Queixa-se mas não diz que sofre	
Interesse ao estímulo	Atento	1 4	Queixa-se e diz que sofre	
	Difícil de obter	1	Min. =5 MÁx. = 16	
Nenhum	2			

Min.=6 Máx. =18

Fonte: Hospital de São Teotónio/ Serviço de Pediatria – Urgência Pediátrica
Folha de sinais Vitais/ Cuidados especiais

O auto-relato é considerado o “padrão-ouro”, o indicador mais confiável e simples da existência e intensidade de uma dor aguda. Porém, exige capacidades cognitivas e de verbalização.

A maioria das pesquisas que focaliza os auto-relatos da intensidade da dor refere-se a pré-escolares. Estas podem dar informações simples sobre a sua dor e a localização da mesma, mas como as crianças nessa faixa etária não compreendem conceitos abstractos, elas podem não ser capazes de descrever a qualidade da dor ou discriminar a sua intensidade (GOODENOUGH, 1997).

A escala de análogo linear que inclui expressões faciais a cada extremo de uma linha horizontal, apesar de bastante utilizada, é um pouco mais abstracta e por conseguinte requer um desenvolvimento cognitivo mais avançado (Figura 2).

Figura 2-escala de faces



Fonte: Hockenberry, 2006

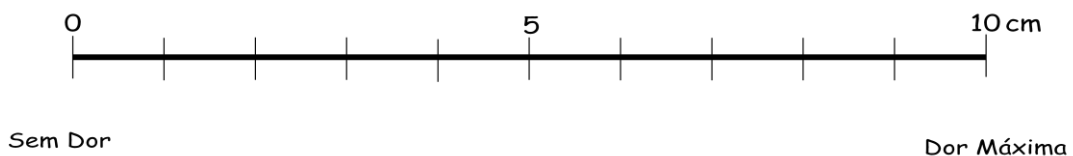
Idade escolar e adolescentes

Interrogar a criança sobre sua experiência dolorosa é o método de medida mais adequado nesta idade.

As crianças em idade escolar encontram-se na fase cognitiva de operações concretas e começam a compreender os fenómenos abstractos. À medida que a criança se sente mais à vontade com os números e os conceitos de quantificação, as escalas gráficas, numéricas e de análogos visuais, criadas para adultos, tornam-se mais adequadas a elas.

A Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável (Figura 3).

Figura 3-escala visual numérica



Fonte: DGS,2003

Alguns métodos usados para idades anteriores e posteriores à idade escolar podem também ser usados nessa faixa de idade.

A escala visual analógica (EVA), utilizada na maioria das situações dolorosas, consiste numa linha recta, vertical ou horizontal, não numerada, com indicadores numa extremidade de “ausência de dor” e na outra “pior dor imaginável”. A criança deve marcar um ponto no contínuo da linha representante da sua intensidade da dor (Figura 4).

Figura 4 – Escala Visual Analógica



Fonte: DGS,2003

A escala qualitativa, consiste numa lista de adjectivos que visam descrever os diferentes níveis de intensidade da dor, variando entre ausência de dor e dor máxima (figura 5).

Figura 5 – Escala qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
--------------------	------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

Fonte :DGS, 2003

Em relação ao desenvolvimento, os adolescentes já se encontram na fase cognitiva de operações formais capazes de abstrair, quantificar e qualificar os fenómenos dolorosos além de poderem, com mais facilidade, incluir factores psicológicos e emocionais nas suas descrições das experiências com a dor. Assim, dependendo do estilo de aprendizagem individual, as crianças nesta faixa de idade, podem prestar maior ou menor atenção àquilo que lhe causa dor e/ ou tentar distrair-se dela (FRANCK et al, 2000). Torna-se então importante para os adolescentes, tomar o controlo da situação, o que pode reflectir uma menor manifestação de comportamentos excessivos – choro, grito, ...

Isto porém não quer dizer que eles sintam menos dor e esse facto deve ser levado em conta no contexto da avaliação da dor.

Por outro lado, os adolescentes doentes podem regredir a fases anteriores do seu desenvolvimento, sendo necessário escalas mais simples em episódios de doença aguda.

2.5 TRATAMENTO DA DOR

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008). Estas envolvem não só a administração de medicamentos, como também o uso de métodos não farmacológicos (BURR, 1988).

Para Maia (1999), cuidar de uma criança com dor exige conhecimentos científicos, motivação e saber avaliar a criança em relação ao seu estágio de desenvolvimento.

Tratar a dor da criança é um direito, que os enfermeiros têm o dever de assegurar, pois uma dor não tratada, traz ou pode trazer muitos desconfortos e indesejáveis consequências. (MAIA, 1999) Essas consequências podem ser físicas (respiratórias, cardiovasculares e mobilidade) e psicológicas, interferindo sempre com o bem-estar da criança (PIMENTEL, 1992).

O tratamento deve basear-se na etiologia e fisiologia da dor e nas suas repercussões (RAMAMURTHY et al., 1993), envolvendo assim a eliminação do factor causal com o uso de fármacos analgésicos e adjuvantes.

O tratamento visa reduzir a dor e o uso de medicamentos, reintegrar funcionalmente o doente e melhorar sua qualidade de vida. Em casos de dor aguda, as intervenções visam a eliminação do desconforto e recorrem fundamentalmente à remoção das causas, à farmacoterapia analgésica e aos procedimentos simples de medicina física e de medicina comportamental (CANDELETTI et al., 1985).

O controlo da dor pelo enfermeiro, por meio da avaliação e implementação de estratégias de alívio, tem sido um desafio, visto que a dor é o principal factor, de procura ao atendimento médico pelos pacientes. O enfermeiro tem um importante papel frente à recuperação dos pacientes, valorizando os seus sentimentos e contribuindo para melhora da auto-estima destes (GABRIELLE, 2006).

3-METODOLOGIA

O processo metodológico de investigação foi desenvolvido ao longo de oito pontos distintos: no primeiro, identificou-se o tema e questão de investigação; no segundo, foi estabelecido o tipo de estudo e o desenho de investigação, seguidamente procedeu-se à elaboração dos objectivos e à descrição da população e amostra; no quinto ponto definem-se as variáveis e no sexto os instrumentos de colheita de dados; o sétimo ponto do processo corresponde aos procedimentos e considerações éticas e o último ponto refere-se ao tratamento a que foram sujeitos os dados.

3.1 TEMA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A assistência à criança com dor pressupõe uma equipa coesa e solidária e implica que a acção seja desenvolvida no seio da equipa. É necessário mais do que mostrar sentimentos de simpatia, do que ter boas intenções e boa vontade, do que apetecer ou não, do que dispor ou não de meios. Pôr em execução o projecto de participar na prevenção, no despiste e no controlo da dor, presume que esta função seja integrada nas nossas acções de enfermagem.

Depois de termos reflectido sobre esta problemática surgiu-nos então o nosso tema de investigação, este emerge da necessidade que julgamos existir, da avaliação/registo da dor na criança, no serviço de urgência pediátrica e de compreender se realmente os enfermeiros a interpretam como o 5º sinal vital.

Pensamos que este tema nos vai ajudar a reflectir sobre a importância dos registos de enfermagem nesta temática, à semelhança do que já acontece há muitos anos com os outros quatro sinais vitais.

Assim com nos diz Fortin (2006) “Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma inquietação e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos compreensão do fenómeno observado”.

Surge assim naturalmente a questão de investigação:

“Será que os enfermeiros da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, interpretam a dor na criança como 5º sinal vital, registando a sua avaliação com a mesma frequência dos outros quatro sinais vitais”.

3.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

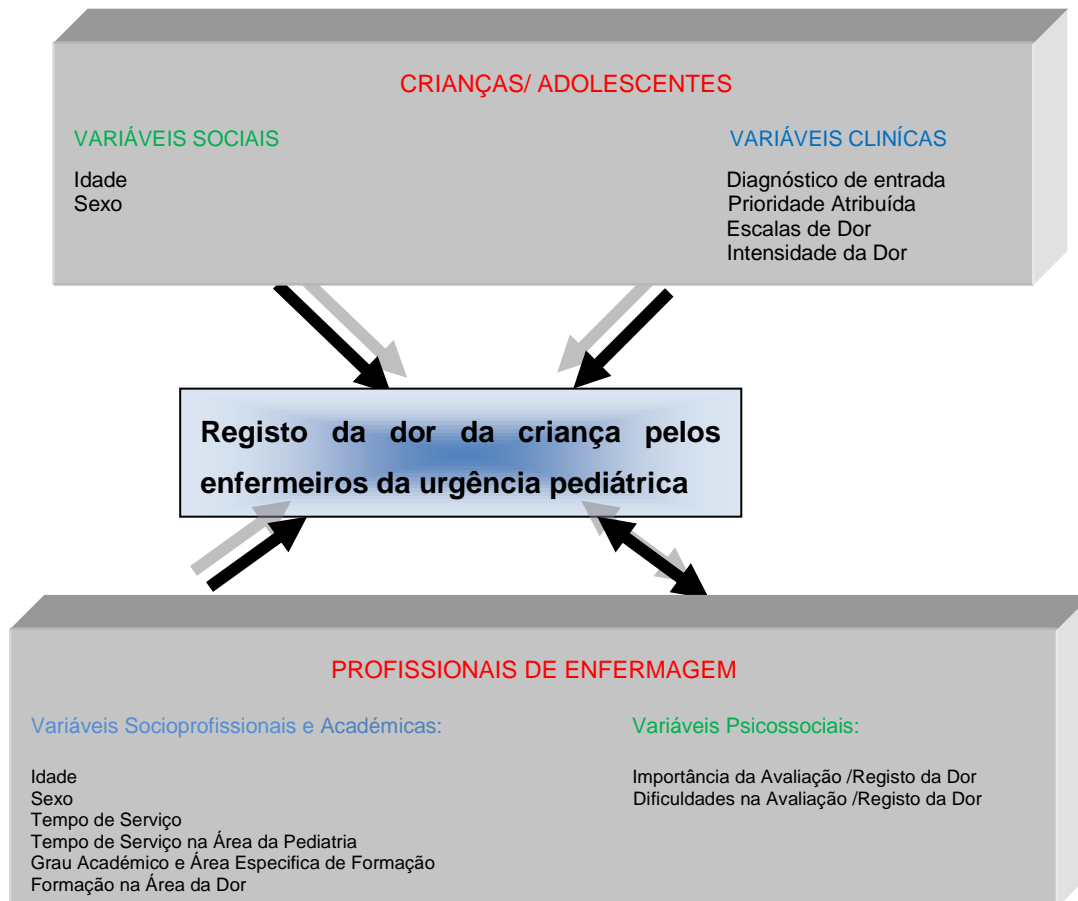
Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e comparativo, optamos por este tipo de pesquisa pois proporciona-nos uma maior familiaridade com o tema de modo a torná-lo mais explícito.

O estudo compreende investigação quantitativa e qualitativa.

A abordagem quantitativa é descritiva, pretendendo caracterizar a amostra em termos sócio-profissionais e académicos, no questionário (apêndice 1) e quantitativa exploratória na análise documental (apêndice 2).

A abordagem qualitativa é exploratório-descritiva visando interpretar a valorização dos enfermeiros relativamente à dor como 5º sinal vital.

Figura 6- Desenho de investigação



3.3 OBJECTIVOS

Depois de concretizado o desenho de investigação definiram-se os seguintes objectivos:

- Analisar a importância que os enfermeiros da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, atribuem à avaliação e registo da dor como 5º sinal vital.
- Identificar as situações de doença, em que a dor na criança é avaliada e registada, com mais frequência;
- Conhecer as principais dificuldades na avaliação e registo da dor na criança, sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu;

- Sensibilizar os enfermeiros da U.P. do CHTV para a importância dos registos sobre a dor da criança;

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo compreende dois tipos de amostra. Na análise documental a amostra é probabilística e aleatória, onde foram seleccionadas as crianças/adolescentes que recorreram ao serviço de urgência pediátrica do CHTV e ficaram internadas em UICD no mês de Outubro de 2010.

No questionário a amostra é constituída por doze enfermeiros da equipa de enfermagem, da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, sendo esta não casual e não probabilística. Como critério de inclusão recorreu-se ao facto de ser enfermeiro e pertencer ao serviço de urgência pediátrica do CHTV.

3.5 VARIÁVEIS

Neste trabalho, a variável central é *a avaliação/registo da dor por parte dos enfermeiros da urgência pediátrica.*

Para além desta, existem as variáveis de caracterização e as variáveis clínicas, na análise documental deste trabalho, que caracterizam a população de crianças/adolescentes relativamente à idade e ao sexo, aos motivos que os fizeram recorrer à urgência, prioridade atribuída e os dados levantados acerca da avaliação/registo da dor por parte dos enfermeiros.

No questionário, aplicado aos profissionais de enfermagem do serviço de urgência pediátrica, as variáveis permitem-nos caracterizar a população sobre a sua respectiva situação sócio-profissional, académica e formação na área da dor .

Intentamos ainda, através deste instrumento de colheita de dados, conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem relativamente à importância da avaliação/registo da dor e as suas dificuldades nessa avaliação/registo.

3.6- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O nosso estudo compreende duas fases de recolha de dados, que decorreram com alguma simultaneidade ao longo do trabalho de investigação.

Foram utilizadas duas técnicas, que incluíram o questionário e a análise documental de arquivos.

Optamos pela realização de um questionário, que foi construído por nós, no sentido de colhermos dados referentes à opinião dos enfermeiros sobre a importância da avaliação/registo da dor como 5º sinal vital (apêndice 1).

Com esta escolha, pretendeu-se evitar os constrangimentos das respostas “cara a cara” necessárias na entrevista, uma vez que o investigador, fazendo parte do serviço conhecia os sujeitos em estudo.

A análise documental, foi efectuada tendo por base um guião de assuntos que queríamos pesquisar e foi preenchido por nós após a consulta dos processos de internamento (apêndice 2).

3.7 PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Num processo de investigação devem-se ter em conta determinados aspectos éticos. Um dos aspectos éticos a ter em consideração numa investigação é a integridade que deve ser mantida durante todo o processo, desde a aquisição de dados até à publicação. Assim, o processo de investigação deve respeitar o domínio privado de cada um; garantir o consentimento livre e informado ou assentimento; garantir a confidencialidade, respeitar a segurança, a intimidade e a dignidade de cada indivíduo; não expôr ninguém a perigos quer de ordem física quer de ordem afectiva; não manipular as respostas; respeitar valores religiosos e culturais; respeitar o direito ao anonimato e manter a privacidade; solicitar autorização às instituições envolvidas; solicitar autorização para utilizar instrumento de colheita de dados, não plagiar, fazendo sempre referência ao Autor.

Assim, para dar início a este estudo, foi necessária, primeiramente, a aprovação do projecto de pesquisa pela Equipa Pedagógica do Curso de Mestrado e especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, iniciando-se a colheita de dados, após autorização da Unidade de Saúde onde foi realizada. Os questionários começaram a ser distribuídos em Junho de 2011, sendo aceites os que foram entregues até Setembro do mesmo ano, dos questionários entregues apenas seis não foram devolvidos.

Durante todo o processo de investigação foram observadas as considerações éticas descritas anteriormente.

3.8 TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha dos dados do questionário, recorreu-se à Análise de Conteúdo. Para Vergara (2005, p. 15) a análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que foi dito a respeito de determinado tema.

Algumas vantagens de se utilizar este método, segundo Bauer e Gaskell (2002, p. 212), são que quando o investigador possui um conjunto de procedimentos maduros e bem documentados, caminha através da selecção, criação de unidades e categorização de dados brutos.

Assim as respostas obtidas, numa fase pré-exploratória, no questionário foram alvo de uma leitura flutuante com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Seguiu-se a fase em que foram feitas várias leituras cuidadosas para inferir e interpretar categorias, permitindo por fim, identificar as unidades de análise e contabilizá-las.

Os dados colhidos através do guião da análise documental foram codificados de modo a preparar o tratamento estatístico recorrendo-se à estatística descritiva. A apresentação dos dados será feita em tabelas onde serão salientados os dados mais relevantes.

4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados que se apresentam referem-se aos resultados obtidos pela aplicação do questionário e da análise documental, nas duas fases que constituíram o processo de colheita de dados.

QUESTIONÁRIO

Este método de colheita de dados foi aplicado aos profissionais de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Após o tratamento dos dados obtidos através do questionário, passamos de seguida a fazer a apresentação dos resultados. Esta orientar-se-á por uma descrição analítica, seguida das respectivas tabelas, com o objectivo de facilitar a sua compreensão.

Os profissionais de enfermagem (Tabela 1) são maioritariamente do sexo feminino (91,6%) e em termos de grupo etário, pode-se observar uma concentração nos grupos 26-35 anos com 50,0 % da amostra e no grupo entre os 36-40 anos com 33,4%.

No que diz respeito ao tempo de serviço global 50,0% dos participantes tem entre 11-15 anos, 25,0% tem entre 16-20 anos, 16,7% entre 5-10 anos e só 8,3 tem 20-25 anos de serviço.

Em relação ao tempo de serviço na área, temos que 33,3% têm entre 16-20 anos, 25,0% dos enfermeiros têm entre 11-15 anos e entre 5-10 anos e só 16,7 % têm entre 1-4 anos de serviço na área da pediatria.

Todos os enfermeiros que fazem parte da amostra da equipa da urgência pediátrica são licenciados em enfermagem, 41,6% tem especialidade em saúde infantil e pediatria, 25% têm pós graduações e 16,6% possuem o grau de mestre.

Tabela 1-Categorização sócio-profissional e académica

		N	%
Sexo	Masculino	1	8,4
	Feminino	11	91,6
Grupo etário	26-35	6	50,0
	36-40	4	33,4
	41-46	2	16,6
Tempo de serviço	5-10 anos	2	16,7
	11-15 anos	6	50,0
	16-20 anos	3	25,0
	21-25 anos	1	8,3
Tempo de serviço na área da pediatria	1-4 anos	2	16,7
	5-10 anos	3	25,0
	11-15 anos	3	25,0
	21-25 anos	4	33,3
Formação académica	Doutoramento	0	0,0
	Mestrado	2	16,6
	Especialidade	5	41,6
	Pós-graduação	3	25,0
	Licenciatura	12	100,0

Foi já descrito ao longo deste trabalho a importância da avaliação/registo da dor, foi então pedido aos enfermeiros qual a sua opinião sobre esta importância no serviço de urgência pediátrica e na análise dos dados foram identificadas quatro categorias (Tabela 2): a avaliação da dor é muito importante/importante, é notada uma melhoria na qualidade dos cuidados, na determinação dos diagnósticos e na relação com os pais/crianças.

Verifica-se que o maior número de unidades de análise (35,4%) diz respeito à categoria muito importante/importante.

Observa-se que os enfermeiros consideram muito importante a avaliação/registo da dor porque “é o 5º sinal vital”, para além disso “é importante para o bem-estar da criança”.

Tabela 2- Importância da avaliação/registo da dor no serviço de urgência pediátrica

Categorias	Unidades de Análise	Nº	%
Muito importante/importante	"Muito importante, é o 5º sinal vital"Q9, Q10, Q11,Q12 #4 "Muito importante"Q2#1 "Importante para o bem-estar da criança" Q3#1	6	35.4
Qualidade nos cuidados	"Permite prestar cuidados de qualidade"Q4,Q5#2 "Sucesso nas medidas terapêuticas"Q6#1	3	17.6
Determinação do diagnóstico	"A maior parte das situações que recorrem á urgência dão dor"Q1#1 "Permite avaliar a criança"Q3#1 "Importante para a determinação do diagnóstico"Q6,Q7,Q8#3	5	29.4
Relação com pais/criança	"Melhor relação com os pais/ cuidadores"Q6#1 "Maior confiança nos profissionais "Q6,Q7#2	3	17.6
Total		17	100%

Nas dificuldades apontadas pelos enfermeiros na avaliação/registo da dor na criança foram identificadas três categorias as "características das crianças/adolescentes", as "experiências prévias" e os "conhecimentos dos enfermeiros" (Tabela 3).

Cerca de 76,2% dos inquiridos apontam a "idade da criança", a incompreensão das escalas por parte dos adolescentes, a "ansiedade da criança", "o medo" e "as crianças que não verbalizam" como as suas principais dificuldades.

Em relação à categoria de conhecimentos dos enfermeiros 14,3% apontam a existência de "escalas subjectivas" e as "diferentes manifestações de dor na criança", como dificuldades.

Tabela 3 -Principais dificuldades na avaliação da dor na criança /adolescente no serviço de urgência pediátrica

Categorias	Unidades de Análise	Nº	%
Características das crianças/ adolescentes	"Crianças que não verbalizam"Q1#1 "Idade das crianças"Q2,Q3,Q7,Q8, Q10,Q12#6 "Ansiedade da criança"Q2,Q6,Q10#3 "Medo"Q7,Q10#2 "Adolescentes não compreendem as escalas"Q7,Q8,Q9,Q11#4	16	76.2
Experiências prévias	"Crianças com doenças crónicas"Q1#1 "Jovens habituados a sofrer"Q6#1	2	9.5
Conhecimentos dos enfermeiros	"Escalas subjectivas"Q1#1 "Diferentes manifestações de dor na criança"Q5,Q6#2	3	14.3
Total		21	100%

No que se refere às situações em que os enfermeiros avaliam mais a dor, as unidades de análise encontradas são três: diagnósticos de dor, trauma e estado da criança (Tabela 4).

Na categoria trauma com a maioria das respostas dadas (43,5%), diz que avalia a dor em “politraumatizados” e “nas situações de trauma grave”. Seguindo-se a categoria diagnósticos de dor (39,1%), em que dizem em caso de “cefaleias e dor abdominal”, “dor aguda”, “dor crônica”, “queimaduras” e “procedimentos dolorosos”.

Tabela 4- Situações em que os enfermeiros avaliam /registam a dor

Categorias	Unidades de Análise	Nº	%
Diagnósticos de dor	“Cefaleias, dor abdominal” Q2, Q7, Q8, Q12#4	9	39.1
	“Dor aguda” Q1, Q10#2		
	“Dor crônica” Q11#1		
	“Queimaduras” Q3#1		
	“Procedimentos dolorosos” Q3#1		
Trauma	“Politraumatizados” Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q7Q9, Q11, Q12#9	10	43.5
	“Nas situações de trauma grave” Q10 #1		
Estado da criança	“Quando a criança refere dor” Q11 #1	4	17.4
	“Quando a dor interfere com o estado geral da criança” Q6, Q11#2		
	“Agitação da criança” Q8#1		
Total		23	100%

Dentro das respostas obtidas à questão “Na sua opinião com que periodicidade deve ser avaliada/registada a dor na criança? E porquê?”, identificaram-se três categorias: frequência, diagnóstico e estado da criança.

Como se pode observar na tabela 5 dentro da categoria frequência com 50,0%, os enfermeiros referiram que a dor deve ser avaliada/registada “sempre que necessário”, “sem rotinizar a avaliação da dor”, “com a mesma frequência que os outros sinais vitais” e “durante a permanência no serviço”.

Com 31,5% segue-se a categoria “situação da criança” em que os enfermeiros respondem que a periodicidade da avaliação da dor, depende da criança”, “quando a criança tem facis de dor” e quando há “alteração no comportamento da criança”.

Tabela 5 -Periodicidade da avaliação/registo da dor

Categories	Unidades de Análise	Nº	%
Frequência	"Sempre que necessário"Q2,Q4Q5 Q8,Q12#5	8	50,0
	"Sem rotinizar a avaliação da dor"Q6#1		
	"Com a mesma frequência dos outros sinais vitais"Q7#1		
Diagnóstico	"Durante a permanência no serviço"Q3#1	3	18,75
	"Depende da situação que levou ao internamento"Q7,Q10,Q11#3		
Estado da criança	"Depende da criança"Q11#1	5	31,25
	"Quando a criança tem facis de dor"Q1,Q9,Q12#3		
	"Alteração no comportamento na criança"Q2#1		
Total		16	100%

Ao analisar a tabela 6, foram encontradas duas categorias: alterações comportamentais e alterações fisiológicas, verifica-se que 62,9% dos enfermeiros menciona as alterações comportamentais como a categoria que mais nos indica que a criança está com dor. Sendo as unidades de análise "postura corporal", "facis triste", "choro inconsolável", "agitação", "irritabilidade", "silêncio" e "não brinca... não se distrai".

Tabela 6 - Alterações comportamentais/fisiológicas que indicam que a criança está com dor

Categories	Unidades de Análise	Nº	%
Comportamentais	"Facis triste"Q1,Q3, Q7,Q9,Q11#5	22	62.9
	"Postura corporal"Q1,Q4,Q5,Q9,Q10, Q11,Q12#7		
	"Não brinca... não se distrai"Q6#1		
	"Silêncio"Q10#1		
	"Agitação"Q2,Q7,Q8#3		
	"Irritabilidade"Q2#1		
	"Choro inconsolável" Q1,Q5,Q6,Q7#4		
Fisiológicas	"Alteração dos sinais vitais"Q2,Q3,Q4,Q7,Q9#5	13	37.1
	"Taquicardia" Q5,Q8,Q10,Q11,Q12#5		
	"Taquipneia" Q10#1		
	"Aumento da tensão arterial"Q11,Q12#2		
Total		35	100%

Quanto ao método utilizado para alívio da dor e as razões para a sua escolha (Tabela 7 e Tabela 8 respectivamente), os resultados obtidos são dispares 66,7% dos enfermeiros diz usar mais as medidas farmacológicas, 25,0% diz utilizar ambos os métodos e só 8,3% utiliza métodos não farmacológicos na maioria das vezes que a criança refere dor.

Relativamente às razões da sua escolha encontramos duas categorias eficácia (66,6%) e diferentes situações (33,4%). Na eficácia temos as seguintes unidades de análise “penso ser mais eficaz” e “tem resposta mais rápida”.

Tabela 7- Utilização de medidas farmacológicas/não farmacológicas

Medidas	Nº	%
Farmacológicas	8	66.7
Não farmacológicas	1	8.3
Ambas	3	25
TOTAL	12	100

Tabela 8 - Razoes para utilização de medidas farmacológicas/não farmacológicas

Categorias	Unidades de Análise	Nº	%
Eficácia	“Penso ser mais eficaz”Q3,Q8,Q12#3	6	66.6
	“Têm resposta mais rápida”Q7,Q9,Q10#3		
Diferentes Situações	“Quando a dor é aguda”Q1 #1	3	33.4
	“Depende da situação”Q5 #1		
	“Os pais dão mimos, portanto as medidas não farmacológicas são mais dadas pelos próprios pais”Q6 #1		
Total		9	100%

No que diz respeito a terem formação na área da dor, 75,0% dos enfermeiros já fez formação nesta área, só 25,0% dos enfermeiros não fizeram formação.

Quando lhes pedimos para enumerarem os aspectos positivos da formação, encontramos três categorias: domínio das técnicas de alívio da dor, domínio das escalas e maior segurança. Em relação à categoria domínio das escalas, as unidades de análise encontradas apontam para a “adequada utilização das escalas” e “formas mais adequadas de avaliar a dor”.Na categoria maior segurança surge como unidades de análise “mais sensibilidade, maior segurança e mais alerta”, “maior tranquilidade” e “valorização da dor”.

Tabela 9 – Formação na área da dor

Formação	Nº	%
SIM	9	75,0%
NÃO	3	25,0%
TOTAL	12	100%

Tabela 10 - Aspectos positivos da formação

Categorias	Unidades de Análise	Nº	%
Domínio das técnicas de alívio da dor	"Aprender técnicas não farmacológicas" Q3 #1	3	23,08
	"Conhecimento as várias medidas farmacológicas"Q5 #1		
	"Aprender formas mais adequadas de alívio da dor"Q6 #1		
Domínio das escalas	"Adequada utilização das escalas" Q7,Q9,Q10,Q11#4	5	38,46
	"Formas mais adequadas de avaliar a dor"Q6 #1		
Maior segurança	"Mais sensibilidade, maior segurança, mais alerta"Q2,Q6 #2	5	38,46
	"Maior tranquilidade"Q4 #1		
	"Valorização da dor"Q5,Q9 #2		
Total		13	100%

ANÁLISE DOCUMENTAL

Este método de colheita de dados foi utilizado com a amostra de crianças/adolescentes por nós seleccionados.

Sexo/ Idade

Pela Tabela 11 constatamos que relativamente à distribuição da idade das crianças pelo sexo masculino temos que 22,1% têm idade ≤ 3 anos, seguindo-se com 12,8% as crianças com idade ≥ 10 anos, com 9,3% temos as crianças com 4-5 anos e por fim com 5,8% as crianças de 6-7 anos. Em relação ao sexo feminino o maior grupo é das crianças com ≤ 3 anos que representam 25,6%, seguindo-se o grupo com ≥ 10 anos com 11,6%, 7,0% das crianças com 6-10 anos e por último as crianças com 4-5anos que representam 5,8% do grupo.

Podemos também observar que em relação à amostra total dos dois sexos, temos com 47,7% as crianças com idade ≤ 3 anos, 24,4% têm ≥ 10 anos, com 15,1% crianças com idade 4-5 anos e por fim com 12,8% as crianças com 6-10 anos.

Estando distribuídas na totalidade equitativamente nos dois sexos 50,0% do sexo masculino e feminino.

Tabela 11- Distribuição da amostra de acordo com a idade e o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 3 anos	19	22.1%	22	25.6%	41	47.7%
4-5 anos	8	9.3%	5	5.8%	13	15.1%
6-10 anos	5	5.8%	6	7.0%	11	12.8%
≥ 10 anos	11	12.8%	10	11.6%	21	24.4%
Total	43	50.0%	43	50.0%	86	100%

Diagnósticos de Entrada

Analisando os dados relativos aos diferentes diagnósticos (Tabela12), observamos que a maior parte das crianças que ficou internada em UICD, foi devido a “convulsão” sendo o total de 20,9% estando a maior parte inserida na idade ≤ 3 anos com 12,8%, de seguida na idade >10 anos com 4,7% e com 3,5% na idade 4-5 anos.

Logo a seguir temos o diagnóstico de “dor abdominal” num total de 17,4%, sendo o maior grupo relativo à idade de >10 anos com 5,8%, seguindo-se a idade de 4-5 anos com 4,7% e com 3,5% estão os restantes grupos de idade ≤ 3 anos e 6-10 anos.

Pode-se ainda constatar que 15,1% das crianças foram “politraumatizado”, com 5,8% das crianças com idades dos grupos ≤ 3 anos e >10 anos. Só 3,5 % das crianças no grupo 6-10 anos ficaram internadas com o diagnóstico de “politraumatizado”.

Tabela 12-Distribuição da idade das crianças da amostra de acordo com o diagnóstico de entrada

	IDADE								Total	
	≤ 3 anos		4-5 anos		6-10 anos		> 10 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Febre +cefaleias	8	9.3	1	1.2	1	1.2	1	1.2	11	12.8
Dor abdominal	3	3.5	4	4.7	3	3.5	5	5.8	15	17.4
Intoxicação medicamentosa	2	2.3	0	0.0	0	0.0	3	3.5	5	5.8
Politraumatizado	5	5.8	0	0.0	3	3.5	5	5.8	13	15.1
Infecção respiratória	7	8.1	1	1.2	0	0.0	0	0.0	8	9.3
Gastroenterite aguda	5	5.8	1	1.2	4	4.7	2	2.3	12	14.0
Convulsão	11	12.8	3	3.5	0	0.0	4	4.7	18	20.9
Outros	0	0	3	3.5	0	0.0	1	1.2	4	4.7
TOTAL	41	47.7	13	15.1	11	12.8	21	24.4	86	100

Prioridade atribuída

Analisando as prioridades atribuídas às crianças do grupo (Tabela 13), constata-se que 32,6% das crianças do sexo masculino e 27,9% das crianças do sexo feminino foi atribuída prioridade 2, segue-se com 11,6% do sexo masculino e 16,3% do sexo feminino atribuída prioridade 3 e com 5,8% tanto do sexo masculino como feminino a prioridade 1.

Tabela 13-Distribuição do sexo das crianças em função da prioridade atribuída

	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Prioridade 1	5	5.8	5	5.8	10	11.6
Prioridade2	28	32.6	24	27.9	52	60.5
Prioridade3	10	11.6	14	16.3	24	27.9
Total	43	50.0	43	50.0	86	100.0

Avaliação dos cinco sinais vitais

Pela Tabela 14 verifica-se que o sinal vital mais avaliado é a temperatura com 46,5% no sexo masculino e com 50,0 % do sexo feminino; segue-se a tensão arterial com 46,5% no sexo masculino e 41,9% do sexo feminino; com 41,9% do sexo masculino temos a frequência cardíaca e com 44,2% das crianças do sexo feminino. Relativamente à dor foi avaliada a um total de 55,8% da nossa amostra sendo 27,9 % do sexo masculino e sem diferença do sexo feminino com os mesmos 27,9%.

Tabela 14- Distribuição dos cinco sinais vitais em função do sexo das crianças

		Sinais vitais									
		temp		F.C.		F.R.		T.A.		DOR	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sexo	masculino	40	46,5	36	41,9	24	27,9	40	46,5	24	27,9
	feminino	43	50,0	38	44,2	17	19,8	36	41,9	24	27,9
Total		30	96,5	74	86,1	41	46,7	76	88,4	48	55,8

Dor e diagnósticos de entrada

Constata-se, analisando a Tabela 15 que o diagnóstico em que mais foi avaliada a dor, relativamente com a totalidade das crianças que recorreram com esse diagnóstico, foi “dor abdominal”, com 80,0%, seguindo-se com 72,7% “febre e cefaleias” e “infecções respiratórias” com 62,5%. O diagnóstico em a dor foi menos avaliada, foi com “convulsões”, em que os enfermeiros avaliaram em 27,8% da totalidade das crianças que recorreram com esse diagnóstico. Quanto à totalidade das crianças entradas com o diagnóstico de “politraumatizado” os enfermeiros avaliaram a dor em 46,2% das crianças.

Tabela 15- Distribuição dos diagnósticos em função da avaliação da dor

D O R		Febre + cefaleias		Dor abd.		Int. med.		politrauma tizado		Inf. Resp.		GEA		Convul sao		Outros		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		SIM	8	72,7	12	80,0	3	60,0	6	46,2	5	62,5	7	58,3	5	27,8	2	50,0	48
NAO	3	27,3	3	20,0	2	40,0	5	38,8	3	37,5	5	41,7	13	72,2	2	50,0	38	44,2	

Registo da dor em função das idades

No que concerne à avaliação da dor em função das idades, a idade em que mais foi avaliada a dor, na totalidade das crianças que ficaram internadas em UICD com essa idade, foi ao grupo das crianças com 6-10 anos com 81,8%, seguindo-se com 61,9%, o grupo dos >10 anos, com pouca diferença 61,5% ,o grupo dos 4-5 anos e por fim com 43,9% as crianças do grupo ≤ 3 anos(Tabela 16).

Tabela 16-Distribuição das idades em função da avaliação/registo da dor

DOR		≤ 3 anos		4-5 anos		6-10 anos		> 10 Anos		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		SIM	18	43,9	8	61,5	9	81,8	13	61,9	48
NAO	23	56,1	5	38,5	2	18,2	8	38,1	38	44,2	

Escalas da dor em função da idade

Relativamente às escalas usadas em função da idade da criança, podemos constatar, através da Tabela 17 que no grupo das crianças com idade ≤ 3 anos a escala mais usada é a OPS com 29,2% e só em 8,3% das crianças desta idade foi avaliada com a escala de faces, contudo esta escala não se adequa a esta idade, pois só deve ser usada em crianças com idade >3 anos(HOCKENBERRY,2006). Verifica-se que relativamente à idade de 4-5 anos a maior parte das crianças foi avaliada na escala de faces com 8.3%, 6,3% foram avaliadas na escala OPS e 2,1% na escala numérica, que também não se adequa a este grupo. No grupo de crianças de 6-10 anos a maioria das crianças foi avaliada na escala numérica com 14,6% das crianças. Nas crianças do grupo >10 anos a totalidade dessas crianças foi avaliada na escala numérica com 27,1%.

Tabela 17-Distribuição das idades de acordo com a escala usada

	IDADE								Total	
	≤ 3 anos		4-5 anos		6-10 anos		> 10 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OPS	14	29,2	3	6,3	0	0,0	0	0,0	17	35,4
Numérica	0	0,0	1	2,1	7	14,6	13	27,1	21	43,8
Faces	3	8,3	4	8,3	2	4,2	0	0,0	10	20,8
Total	18	37,5	8	16,7	9	18,8	21	24,4	48	100,0

Sector onde foi registada a dor pela primeira vez

Na tabela 18 verifica-se que, o sector onde foi mais avaliada/registada a dor na criança foi no UICD com 83,3%, o sector onde menos foi avaliada/registada foi a triagem com 6,3%, constatando-se assim que a dor é menos avaliada/registada na primeira abordagem à criança.

Tabela 18- Área da urgência onde a dor foi avaliada/registada

	Dor	
	N	%
Triagem	3	6.3
Apoio	5	10.4
UICD	40	83.3
Total	48	100.0

Medidas usadas para alívio da dor

Medidas farmacológicas e a avaliação da dor

Relativamente às medidas utilizadas pelos enfermeiros para alívio da dor, a Tabela 19 mostra-nos que foram usadas medidas farmacológicas em 17,4% das crianças em que foi avaliada a dor.

Tabela 19- Medidas farmacológicas e o registo da dor

		Registo da dor				Total	
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%	N	%
Medidas farmacológicas	SIM	15	17,4	0	0,0	15	17,4
	NÃO	33	38,4	38	44,2	71	81,6
Total		48	55,8	38	44,2	86	100,00

Medidas não farmacológicas

Na Tabela 20 podemos constatar que foram usadas medidas não farmacológicas em 16,3% das crianças em que foi avaliada a dor. Podemos assim concluir que não existem grandes diferenças entre o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas por parte dos enfermeiros, para alívio da dor na criança/adolescente.

Tabela 20- medidas não farmacológicas e o registo da dor

		Registo da dor				Total	
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%	N	%
Medidas não fármaco lógicas	SIM	14	16,3	0	0,0	14	16,3
	NÃO	34	39,5	38	44,2	72	83,7
Total		48	55,8	38	44,2	86	100,00

Continuidade do registo da dor

Na Tabela 21, verifica-se que nas crianças onde a dor foi avaliada/registada, ela foi continuamente avaliada em 62,5% das crianças e em 37,5% das crianças a dor só foi avaliada/registada uma única vez.

Tabela 21- Continuidade na avaliação da dor e o seu registo

D O R		Continuidade da avaliação	
		N	%
	SIM	30	62,5
	NAO	18	37,5
	Total	48	100,0

5- DISCUSSAO DOS RESULTADOS

Apesar das dificuldades encontradas na avaliação da dor em crianças, ela é de grande importância, sendo necessária para ajudar nas intervenções, em circunstâncias stressantes e dolorosas que ocorrem na criança/ adolescente, que recorre à urgência pediátrica.

O tipo de estudo que pretendíamos realizar, justifica a metodologia utilizada, pensamos que a utilização de duas fontes de informação e a representatividade da amostra, permite-nos tirar conclusões quanto às áreas prioritárias a incluir numa futura formação de serviço e quanto à necessidade de uniformização dos critérios de avaliação/registo da dor na criança/adolescente.

Fazendo assim uma reflexão global dos resultados verificamos que a amostra foi constituída por doze enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Através da análise efectuada, verificamos que o grupo é constituído por enfermeiros, com idades compreendidas entre 25-46 anos, maioritariamente do sexo feminino. Quanto ao tempo de serviço global, a maioria possui entre 11-15 anos e 33,3% tem 16-20 anos de serviço na área da pediatria.

Em relação à formação académica a totalidade possui a licenciatura, 41,6% têm a especialidade em saúde infantil e pediatria, 25% possuem pós graduações e 16,6% o grau de mestre.

No que respeita à **importância, referida pelos enfermeiros em relação à dor como 5º sinal vital**, verifica-se que a maioria é de opinião que a sua avaliação/registo é de grande importância por ser considerada o 5º sinal vital e para o bem-estar da criança. No entanto, na análise documental verificamos que só é avaliada na triagem (primeiro contacto com a criança), em 6,3% das crianças, constata-se ainda, que a dor foi avaliada/registada em 55,8% das crianças que fazem parte da nossa análise documental, o que mostra a preocupação dos enfermeiros relativamente à avaliação/registo da dor, ficando no entanto um pouco aquém comparado com o registo dos outros sinais vitais como a temperatura frequência cardíaca e tensão arterial.

Efectivamente vários estudos revelam que a avaliação da dor deve ser visível nas instituições de saúde, assim como o seu registo, juntamente com os demais sinais vitais, garantirá uma imediata intervenção e reavaliações subsequentes (CAMPBELL et AL, 1996).

James Campbell (1996) refere que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma hipótese maior de promover o seu tratamento adequado”.

Nas **principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na avaliação da dor**, foram referidas as características da criança como a idade, a ansiedade, o medo e a não verbalização da dor como sendo os principais obstáculos. No que respeita à análise documental constatamos que é no grupo das crianças com 6-10 anos que a dor foi mais

avaliada, com um total de 81,8% das crianças que ficaram internadas com essa idade, sendo o grupo de crianças com idade ≤ 3 anos as que menos têm registo de dor, com 43,9%. De facto, como podemos constatar através da pesquisa bibliográfica feita anteriormente, são várias as dificuldades encontradas quando se avalia a dor na criança. Para além da idade, o modo como a criança percebe a dor depende de outras variáveis de natureza individual, familiar e situacional (Barros, 2003; Bussoni, 2007; McGrath & Gillespie, 2001; O'Rourke, 2004), pelo que a sua avaliação objectiva e sistemática se torna uma tarefa difícil (Barros, 2003).

Dentro das respostas dadas pelos enfermeiros, relativamente à questão das **situações em que se deve avaliar/registar a dor**, a maioria das respostas, foi nas situações de “trauma”, seguindo-se os “diagnósticos de dor”. Mas quando, passamos à análise documental constatamos que, com o diagnóstico de “politraumatizado” os enfermeiros avaliaram/registaram a dor em 46,2% da totalidade das crianças com esse diagnóstico, contra os 80,0% da totalidade das crianças que recorreram por dor abdominal.

Não foram encontrados estudos que nos ajudassem a perceber o porquê desta problemática, os enfermeiros acham que é importante a avaliação da dor nas crianças que sofrem trauma, mas registam muito pouco a sua avaliação, talvez porque as situações de trauma na criança são um factor de stress e acabam por não fazer os registos, acreditamos que por estarem mais preocupados em actuar no alívio mais rápido da dor, sem registar a sua intensidade.

Quando questionados sobre a **periodicidade na avaliação da dor**, a maioria dos enfermeiros responde que esta deve ser avaliada com frequência, dentro desta frequência salientam que deve ser sempre que for necessário, sem rotinizar a sua avaliação, com a mesma frequência que os outros sinais vitais e enquanto a criança, permanece no serviço. No estudo verifica-se que a dor foi continuamente avaliada em 62,5% das crianças e em 37,5% esta não foi continuamente avaliada.

Como é referido na norma da DGS (2003), a avaliação e registo da dor e a sua intensidade deve ser feita, pelos profissionais de saúde, de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica e dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde, melhorando a qualidade de vida do doente.

Ao contrário da opinião dos enfermeiros, vários estudos revelam-nos que a avaliação da dor rotineiramente possibilita planear a medicação, de acordo com as necessidades pessoais e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável.

No que diz respeito às **alterações encontradas pelos enfermeiros, que indicam que a criança tem dor**, as comportamentais são as mais referidas pelos enfermeiros, como o “facis triste”, a “postura corporal”, “o silêncio”, a “agitação” e o “choro inconsolável”.

Analisando as escalas mais usadas constata-se que os enfermeiros acabam por usar a escala numérica na maioria das crianças (43,8%), mesmo em crianças com 4-5 anos (2,1%), quando esta não se adequa a estas faixas etárias, quando poderiam usar a escala OPS, que é uma escala que nos permite avaliar a criança e as suas alterações comportamentais, quando esta está com dor. A escala de faces também é mal utilizada em 8,3% das crianças com idade ≤ 3 anos.

Assim à semelhança da sua definição, também na avaliação da dor não existe uma medida que seja a única e mais viável na criança (FINLEY e MACGRATH 1998). No entanto, dada a importância de uma correcta avaliação da dor, nota-se um aumento na investigação sobre as diversas formas de a mensurar. A escolha da técnica avaliativa deve ter em conta inúmeros factores, como as capacidades cognitivas, sociais e comunicacionais das crianças, bem como o estado físico e psicológico em que esta se encontra. Por outro lado, é aconselhável a conjugação de mais do que uma medida (por exemplo uma observação comportamental associada com uma medida psicológica de auto-relato). O uso de diferentes medidas pode aumentar a validade na avaliação da dor. Uma correcta e minuciosa avaliação da dor terá a vantagem de possibilitar uma melhor intervenção e um tratamento mais adequado e eficaz no seu alívio (Schechter et al., 2002).

Quanto ao **método utilizado para alívio da dor**, 66,7% dos enfermeiros diz usar medidas farmacológicas, na maioria das crianças e quanto às razões para a utilização dessa medidas, dizem que acham ser mais eficazes e que têm resposta mais rápida.

Relativamente aos dados encontrados, na análise documental, não existem grandes diferenças quanto ao uso das duas medidas. As medidas farmacológicas foram usadas em 17,4% da totalidade das crianças em que foi avaliada a dor e em 16,3% foram usadas medidas não farmacológicas.

A importância do uso correcto de medidas para alívio da dor é referenciada em vários estudos consultados e nestes verifica-se o uso na maior parte das vezes de analgésicos, no alívio da dor no entanto várias são as actividades referidas que podem ser usadas pelos enfermeiros para auxiliar a criança com dor (FERREL e al, 1992).

Relativamente à formação na **área da dor** 75,5% dos enfermeiros possui formação na área e refere como aspectos positivos o domínio das escalas e a maior segurança, dentro destas a sua adequada utilização, formas mais adequadas de avaliar a dor, mais sensibilidade, maior tranquilidade e a valorização da dor.

Torna-se difícil apontar com total certeza quais as causas para o tratamento inadequado da dor, mas segundo a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Americana da Dor, estas atribuem o controlo não eficaz da dor a mitos, conhecimento insuficiente e aplicação inadequada do conhecimento existente (Academy of Pediatrics, American Pain Society, 2001).

Só será conseguido um controlo efectivo da dor na criança quando esses factores forem identificados e quando se intervir na área da formação, sendo que, para alcançar esses objectivos, a abordagem dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais de saúde torna-se fulcral (Subhashini L, Vatsa M, et al 2009).

No entanto, diversos estudos indicam que os enfermeiros não estão a aplicar devidamente o seu conhecimento teórico para o controlo eficaz da dor em crianças.

6-CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Com base nesta investigação, constatamos que muito há ainda para investir nesta área, relativamente à uniformização de critérios para a avaliação/registo da dor na criança/adolescente, no serviço de urgência pediátrica. Apesar de a maior parte dos elementos, desta amostra, possuírem formação na área da dor, ela nem sempre é valorizada e as escalas nem sempre são bem utilizadas.

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

- A dor é valorizada no serviço de urgência pediátrica, os enfermeiros reconhecem a sua importância quando questionados, dizendo que ela é importante para o bem estar da criança mas constata-se que as escalas por vezes são mal utilizadas.
- Quanto à sua avaliação/registo a dor fica um pouco aquém dos outros sinais vitais, sendo mais avaliada nos diagnósticos de dor
- As dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros na avaliação/registo da dor estão relacionadas, com as características das crianças sendo a dor menos avaliada em crianças que não verbalizam.

Ao reflectirmos sobre os objectivos deste trabalho, acreditamos ter conseguido atingir os objectivos a que nos propusemos inicialmente, com o questionário que fizemos aos profissionais de enfermagem estamos em crer que conseguimos sensibilizá-los para esta temática tão importante que é a avaliação e registo da dor na criança/adolescente.

Temos no futuro a pretensão de reflectir em equipa as conclusões do trabalho por nós desenvolvido, para assim mudarmos comportamentos menos assertivos que temos perante a avaliação/registo da dor, é ainda nossa pretensão modificarmos a folha de registo existente na urgência pediátrica, relativa aos registos da dor, pois acreditamos que merece um olhar diferente depois do tema por nós estudado.

Para finalizar, não podemos deixar de lembrar, que a dor continuará a ser uma experiência individual, influenciada por múltiplos factores pessoais, culturais e sociais, expectativas e estados emocionais, entre outros. Por isso cuidar da criança com dor exige mais que uma simples abordagem, exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente capaz de envolver todos estes componentes. A dor exige dos enfermeiros uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação, contribuindo para a garantia de cuidados mais humanizados.

Para os enfermeiros, a avaliação da dor é um factor relevante na assistência à criança uma vez que nos cabe a nós, a tomada de decisões sobre as medidas para alívio da dor e do desconforto da criança. A ausência de um processo que propicie uma avaliação mais adequada, leva muitas vezes à não identificação e controle inadequado da dor, por parte da equipa de enfermagem. Este continuará a ser um desafio para todos os

enfermeiros, por tudo isto propomo-nos continuar com investigações futuras para tornar a avaliação da dor na criança / adolescente um processo uniformizado, para uma melhor assistência à criança/adolescente com dor, no serviço de urgência pediátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAND, K. J. S.; HICKEY, P. R.; **Pain and its effects in human neonate and fetus.** N. Engl J. Med.1987; 317:1321-9.
- AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS PAIN SOCIETY-**The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents.**Pediatrics 2001; p.793-797.
- BATALHA, Luís et al; **Avaliação da dor no período neonatal;** Acta pediátrica, Porto., vol 36,2005;pag:201 a 207.
- BATALHA, e tal – **Relação de Parceria nos Cuidados Neonatais.** Ciência técnica,Lisboa,p.21-23;2001.
- BARROS, L.. **Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista** (2ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
- BASTOS, D., Silva, G., Teixeira, L., Lustosa, M., Borda, M., Couto, S. & Vicente, T. (2007). **Dor.** Revista SBPH,p. 86-96.
- BAUER, M. W. E Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático.** Petrópolis , 2002.
- BUSONI, P., **Difficulties in controlling pain in children.** Regional Anesthesia and Pain Medicine, , p.505-509;2007.
- BURR,Sue; **A dor na infância,** Nursing, ano 1,nº10; Novembro de 2008.
- CIPE; **Catálogo da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem** (CIPE), CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS –A PROMOVER A ENFERMAGEM E A SAUDE EM TODO O MUNDO,Ordem dos Enfermeiros 2005.
- DICIONÁRIO CÂNDIDO DE FIGUEIREDO – Grande Dicionário da Língua Portuguesa.** Aferição e actualização por Teresa Lino; Rute Costa. 25ª. Ed. Lisboa: Bertrand Editora, 1996.
- DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA : academia das ciências de Lisboa – Fundação Calouste Gulbenkian .** Lisboa : Verbo, cop. 2001. volume I (A-F) e volume II (G-Z) . ISBN 972-22-2046-2 (obra completa).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, Circular Normativa nº9/DGCG, **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor,** 14 de Junho de 2003.
- DRUMMOND, José Paulo; **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica;** São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRELL Br, et al . **Pain management as a clinical challenge for nursing administration**, Nurse outlook 1992.

FINLEY, G. & MCGRATH, **Measurement of pain in infants and children**. Journal of Pediatric Hematology/Oncology, p.364-365;1998.

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

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

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

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

GUINSBURG, R. ; **Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido**; Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 1999;75:149-59.

HOCKENBERRY, M. & Wilson, D. **Wong's Essentials of Pediatric Nursing**. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3;2009.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa[Leiden , 1988]:IAC, cop.1996.

MAIA, Olga; LOPES, Wilma; **O contributo do Enfermeiro em Pediatria perante a dor; Informar**,E.S.E. Imaculada Conceição, Ano V,nº18, Julho/Setembro 1999.

MELZACK. R. **The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods**. **Pain**; v. I. p. 277-99. 1975.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D. **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1982.

MELZACK, R.; KATZ, J.; **Pain measurement in persons in pain**. In: WALL, P.; MELZACK, R. Textbook of Pain. 3.ed.Edinburgh: Churchill Livingstone, v.18, 1994. p.337-51.

MELZACK, R.; WALL, P.D.; **Pain mechanisms: a new theory**. Science, v.150, n.699, p.971-79, Nov. 1965.

- MELZACK, R.; WALL, P.D. ;**Textbook of Pain**. 4.ed.Londres: Churchill Livingstone. v.18, 1999.
- MCGRATH, P. **Pain in children: Nature, assessment and treatment**. New York:Guilford; 1990.
- MCGRATH, P. A., & GILLESPIE, J. **Pain assessment in children and adolescents**. In D. C. Turk & R. Melzack (Ed.), Handbook of pain assessment p. 97-118, 2ª edição. New York, NY: Guilford Press; 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; **Dor Guia orientador de boa prática**; 2008 .
- PIMENTEL, Maria Helena; **Mitos e ideias incorrectas acerca da dor na criança**; Nursing, nº154; Abril, 2001.
- PIMENTEL, Carlos J.- **A dor na criança**. Divulgação nº24, Outubro, 1992, p.19-21.
- O'ROURKE, D. **The measurement of pain in infants, children and adolescents: From policy to practice**. Physical Therapy, p.560-570; 2004.
- SAKATA, R.K; HISATUGO, M.K.I;AOKI, S.S; VLAINICH, R; ISSY ,A.M.;**Avaliação da dor**. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML, editores; Dor. Rio de Janeiro: SAERJ; 2003.
- SCHECHTER, N., BERDE, C., & YASTER, M. **Pain in Infants, Children and Adolescents**. Lippincott: Williams & Wilkins; 2002.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Secção Ambulatória (carta de ética) [Em linha]. Lisboa SPP, 2010. Disponível em WWW :URL://www.spp.pt/conteúdos /default.asp?ID = 105.
- SUBHASHINI L. ,Vatsa M.,e tal- Knowledge, Attitude and practices among health care professionals regarding pain.Indian journal of pediatrics, 2009 p.913-916.
- TONIOLLI, Ana Cláudia de Souza ; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. **Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Mar./Abr. 2003, vol.11, no.2, p.220-226. ISSN 0104-1169.
- VERGARA ,Sylvia Connstant- **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo :atlas 2005.
- WALCO; G.A.; CONTE, P.M.; LABAY, L.E.; ENGEL, R.; ZELTZER, L.K.; **Procedural distress in children with cancer: self-report, behavioral observations, and physiological parameters**. Clin J Pain. 2005;21:484-90.
- WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 552-9.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO:

Caro Colega:

Chamo-me Sónia Alexandra Ribeiro Matos Almeida, frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e pretendo realizar um trabalho, para a disciplina relatório final, subordinado ao tema “Em que medida, a dor como 5º sinal vital é valorizado pelos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu”

Solicito a vossa colaboração, no preenchimento deste questionário nomeadamente:

- Não deixando nenhuma pergunta sem resposta;
- A informação recolhida será tratada de forma confidencial garantindo o anonimato.

PARTE I

DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ Anos

2- Sexo: M F

3- Tempo de serviço: _____ Anos

4- Tempo de serviço na área da pediatria _____ Anos

5- Formação académica:

- Bacharelato em enfermagem ____
- Licenciatura em Enfermagem ____
- Especialidade ____ Qual? _____
- Pós graduação ____ Qual? _____

- Mestrado ____ Qual? _____
- Doutorado? ____ Qual? _____

PARTE II

Questionário- A dor como 5º sinal vital

1-Em que medida considera importante, a avaliação da dor na criança, no serviço de urgência pediátrica ?

2-Quais são as principais dificuldades, que sente na avaliação/registo da dor na criança?

3-Em que situações avalia com mais frequência a dor na criança?Porquê?

4-Na sua opinião com que periodicidade deve ser avaliada/registada a dor na criança?Porquê?

5-Que alterações comportamentais e fisiológicas, no seu entender nos indicam que a criança está com dor?

6-Quando a criança está com dor utiliza mais frequentemente medidas não farmacológicas ou farmacológicas?Porquê?

7-Já fez formação na área da dor? Sim___ Não___

7.1 Se sim, quais os aspectos mais positivos, dessa formação?

APÉNDICE 2

1-Idade da criança _____ anos
_____ Meses

2-Sexo Masculino
 Feminino

3-Diagnóstico de entrada _____

4-Prioridade atribuída Prioridade 1
 Prioridade 2
 Prioridade 3

5-Especialidades pelas quais foi observado :

ESPECIALIDADE	Sim	Não
5.1 Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Otorrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Ginecologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Pedopsiquiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Sinais Vitais Registrados :

	Sim	não
6.1 Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Frequência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Frequência respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Tensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-Se a dor foi registada, em que sector da urgência pediátrica foi registada pela 1ª vez

Triagem

Apoio

Unidade de internamento de curta duração

8-Qual a escala da dor que foi usada

OPS

Escala Numérica

Escala de Faces

Escala Analógica

Escala Qualitativa

9-Mediante a escala usada a (o) lactente/ criança/adolescente apresentava-se:

Sem Dor

Dor Ligeira

Dor Moderada

Dor Intensa

Dor Máxima

10-A dor foi continuamente avaliada?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

11.1 Foi sempre utilizada a mesma escala?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

11.2 A (s) escala(s) utilizada(s) é adequada á idade?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

12-Foram usadas medidas não farmacológicas?

Sim

Não

12.1 Quais ? _____

13-Foram usadas medidas farmacológicas?

Sim

Não

13.1Quais? _____

14-Acriança/adolescente ficou internada em UICD :

Menos de 24 horas

Mais de 24 horas

Foi posteriormente para o serviço de pediatria

15-Diagnóstico de saída _____

ANEXO I