Soraia Liliana Barbosa Correia

Qualidade na Gestão da Dor em Pediatria: Revisão Sistemática da Literatura

Viseu, 2019

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
IPV - ESSV | 2019
Qualidade na Gestão da Dor em Pediatria: Revisão Sistemática da Literatura
Soraia Liliana Barbosa Correia

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Soraia Liliana Barbosa Correia

Qualidade na gestão da dor em pediatria: revisão sistemática da literatura

Relatório Final

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Graça F. Aparício Costa

Viseu, 2019

“Todo o mundo é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente”

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho contou com o importante apoio e incentivo de pessoas a quem serei eternamente grata.

À professora Graça Aparício, pela orientação, apoio, entrega e disponibilidade. A sabedoria transmitida e busca incessante por soluções para dúvidas e obstáculos que foram surgindo ao longo do percurso, e principalmente, pelo incansável incentivo acompanhado pelo sorriso.

À minha família pelo apoio incondicional, amor e paciência demonstrados ao longo desta caminhada. Em especial aos meus pais, por serem modelos de coragem, empenho e sacrifício. À minha irmã, porto seguro, essencial nos momentos de apreço e alegria.

Ao meu namorado, pelo incentivo, amor e especialmente por me ensinar o verdadeiro sentido da resiliência.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta fase e tão genuinamente ficaram felizes por mim.

A todos muito obrigada.

RESUMO

Enquadramento: A qualidade é um pilar fundamental no sector da saúde. O crescente interesse pelas questões da qualidade segue, ao longo das últimas décadas, uma tendência mundial nos sistemas de saúde.

Objetivo: Identificar recomendações baseadas na evidência científica, para práticas de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família hospitalizada, para o manejo da dor

Métodos: Revisão sistemática da literatura, com base nas orientações do Manual Cochrane 5.1.0 de Higgins & Green (2011). Foram pesquisados estudos nas bases de dados: Medline, Cochrane, Scielo, B-on, Lilacs, Uptodate, American Academy of Pediatrics, Proquest, World Health Organization, PubMed, publicados nos idiomas portugueses e inglês, posteriormente ao ano 2013, segundo critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Dos 726 estudos selecionados, 11 foram sujeitos ao teste de relevância II e avaliação crítica da qualidade metodológica por dois investigadores independentes, tendo sido incluídos 4 estudos, dos quais 2 de evidência científica A e 2 de evidência B.

Resultados: As principais recomendações sugeridas após análise dos estudos são: A abordagem da dor deve ser multidisciplinar; deve efetuar-se a avaliação sistemática da dor, tal como os restantes sinais vitais; intervir até que a criança não apresente dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas; o uso de lidocaína tópica é uma estratégia fundamental para diminuir a dor em procedimentos invasivos; ajustar o algoritmo das escalas de avaliação da dor; considerar outros fatores, como idioma, etnia e fatores culturais que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor; fornecer aos pais/cuidador informações escritas sobre aconselhamento e avaliação da dor na alta da criança; o auto-relato das crianças deve ser sempre que possível obtido; a formação contínua dos enfermeiros na gestão e controlo da dor tem impacto na valorização da dor e na administração de analgésicos.

Conclusões: Os enfermeiros devem procurar orientar a sua prática com base nas evidências científicas. Este trabalho salienta as principais recomendações divulgadas nos estudos de qualidade científica que foram alvo da análise, representando assim uma linha orientadora na gestão e controlo da dor em crianças/ adolescentes hospitalizadas, de forma a uniformizar cuidados nesta área levando a uma prática de excelência e contribuindo para a melhoria da qualidade nas práticas profissionais dos enfermeiros.

Palavras - Chave: dor, *gestão da dor*, *cuidados de enfermagem*, avaliação, criança, hospitalização, garantia da qualidade.

ABSTRACT

Background: Quality is a key pillar in the health sector. The growing interest in quality issues has, over the last decades, followed a worldwide trend in health systems.

Objective: To identify scientific evidence-based recommendations for quality practices of nursing care in the delivery of hospitalized child / family, for the management of pain.

Methods: A systematic review of the literature was carried out, based on the guidelines of the Cochrane 5.1.0 Handbook by Higgins & Green (2011). We selected studies in the databases: Medline, Cochrane, Scielo, B-on, Lilacs, Uptodate, American Academy of Pediatrics, Proquest, World Health Organization, PubMed, made in Portuguese and English, and published after 2013, according to previously established inclusion and exclusion criteria. Of the 726 studies selected, 11 were subjected to the relevance II test and evaluation of methodological quality by two independent researchers. Four studies were included, of which 2 were scientific evidence A and 2 scientific evidence B.

Results: After studies analysis the main recommendations suggested are: The pain approach should be multidisciplinary; a systematic evaluation of pain should be performed, as should all other vital signs; intervene until the child does not present pain, using pharmacological and non-pharmacological measures; the use of topic lidocaine is a fundamental strategy to reduce pain in invasive procedures; adjust the algorithm of pain evaluation scales; consider other factors such as language, ethnicity, and cultural as factors that may influence the expression and assessment of pain; provide parents / caregivers with written information about counseling and assessment of pain on the child discharge; self-reporting of children should be wherever possible obtained; the continuous training of nurses in the management and control of pain has an impact on the evaluation of pain and the administration of analgesics.

Conclusions: Nurses should seek to guide their practice on the basis of scientific evidence. This paper highlights the main recommendations published in the scientific quality studies that were the subject of the analysis, thus representing a guideline in the management and control of pain in hospitalized children / adolescents, in order to standardize care in this area leading to a practice of excellence and contributing to the improvement of quality in nurses' professional practices.

Key words: pain, pain management, nursing care, evaluation, child, hospitalization, quality assurance

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 7

SUMÁRIO **13**

ÍNDICE DE TABELAS **15**

INTRODUÇÃO **17**

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO **21**

1. QUALIDADE EM SAÚDE **23**

2. A DOR **31**

2.1. DOR NA CRIANÇA 32

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO **45**

1. METODOLOGIA **47**

1.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 49
1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 49
1.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS 50
1.4. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS 51
1.5. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS 58

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS **63**

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **73**

3.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA 78

CONCLUSÃO **81**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **83**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado da aplicação da estratégia PI[C]O[D] 49
Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos 50
Tabela 3 – Estratégias de pesquisa, Bases de dados e publicações encontradas 52
Tabela 4 - Teste de Relevância I 53
Tabela 5 - Teste de relevância II 54
Tabela 6 - Resultados da aplicação do teste de relevância II 55
Tabela 7 - Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos (JBI, 2017) 58
Tabela 8 - Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos (JBI, 2017) 59
Tabela 9 – Grelha de avaliação crítica de uma revisão sistematizada 60
Tabela 10 - Grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado 61
Tabela 11 - Nivéis de Evidência e Graus de Recomendação 62
Tabela 12 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Czarnecki et al. (2011) 64
Tabela 13 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Rosenberg, Klejmont, Pharm, Gallen, Fuller, Dugan, Budin e Olsen-Gallagher (2016) 67
Tabela 14 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Grace, Yamada, Kiololo, Shorkey e Stevens (2014) 69
Tabela 15 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Vincent (2013) 71

INTRODUÇÃO

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está assumida formalmente quer por organismos internacionais, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

A qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, no entanto este não pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde. Assim, promover e implementar programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem constitui um importante condutor para o desenvolvimento da profissão.

Os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, constituem uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros exigindo a definição de boas práticas nos mais diversos domínios.

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional e subjetivo, cujas consequências nefastas para a saúde a curto e longo prazo fundamentam a sua importância, elevando o controlo da dor a imperativo ético. O controlo da dor deve ser assumido como um direito humano fundamental e um dever dos profissionais de saúde, sendo um indicador de qualidade e boa prática dos cuidados prestados.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define dor como uma "perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

A Direcção-Geral da Saúde define dor como sendo "uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos". Reconhece ainda que a dor "acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde" (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2010).

Em Portugal, a dor é oficialmente valorizada desde 1999 com a instituição do dia Nacional de Luta contra a Dor - dia 14 de junho - tendo sido publicado em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Em 2003 a dor passa a ser considerada como o 5º sinal

vital, sendo emitida pela Direcção-Geral da Saúde a Circular Normativa nº 09/2003 (Portugal, MS, DGS, 2003) para que todos os profissionais procedessem ao registo sistemático da intensidade da dor.

Para dar continuidade ao Plano Nacional de Luta Contra a Dor surge, em 2008, o Plano Nacional de Controlo da Dor. Este visa promover o adequado diagnóstico e tratamento da dor de modo a que, junto da população que sofre com dor, se obtenham ganhos em qualidade de vida. Deste modo, o controlo da dor é "encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo a igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde" (Portugal, MS, DGS, 2008).

Recentemente foram emitidas pela Direcção-Geral da Saúde orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos. Estas orientações surgem da necessidade da avaliação da dor nas crianças ser considerada separadamente de outros grupos etários por envolver aspetos particulares. É reconhecido "que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo" (Portugal, MS, DGS, 2010).

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade profissional e ética de providenciar um controlo da dor efetivo e seguro durante os procedimentos dolorosos. O controlo da dor "é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças". A avaliação e reavaliação sistemáticas da dor possibilitam o sucesso do controlo da dor. A forma como este é efetuado permite avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Portugal, MS, DGS, 2010).

A gestão da dor em pediatria tem-se revelado negligenciada, representando um problema largamente reconhecido. São várias as iniciativas realizadas nessa área visando a melhoraria da prática de cuidados: desenvolveram-se ações de sensibilização e formação dos profissionais de saúde, publicaram-se orientações técnicas e guias de boas práticas e realizaram-se os primeiros estudos para se fazer um diagnóstico da situação. Porém, as abordagens à qualidade são díspares, refletindo a sua dinâmica e o pouco consenso nesta área, o que justifica a necessidade de refletir as estratégias atualmente implementadas.

Assim, pretendemos introduzir práticas de qualidade que contribuam para a melhoria dos cuidados e permitam ganhos em saúde. Nessa perspetiva esperamos implementar um processo de melhoria contínua de acordo com os padrões de qualidade definidos pela OE, criando critérios/standards de qualidade e sensibilizando os enfermeiros para a implementação efetiva de procedimentos.

É neste contexto, e considerando de extrema importância a antecipação e resposta às situações de urgência/emergência como fundamental para uma prática de qualidade que surgiu o interesse em investigar: **Quais os critérios/*standards* de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança em idade pediátrica/família hospitalizada no manejo da dor?**

Para o efeito, realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre a qualidade em saúde, de forma a definir recomendações para uma prática mais efetiva. Assim, o objetivo desta revisão é identificar de que forma os enfermeiros controlam e gerem a dor em pediatria.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais. Numa primeira fase é feito o enquadramento da temática em estudo. De seguida, apresenta-se a metodologia usada para a elaboração deste trabalho, sendo posteriormente expostos os resultados obtidos, com a respetiva análise e discussão das evidências encontradas. Por fim, salientam-se as principais conclusões/recomendações perante os achados disponíveis.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

Ao longo das últimas décadas, a qualidade revelou-se uma tendência mundial nos sistemas de saúde, convertendo-se numa questão intemporal. A procura da qualidade acompanhou a evolução das sociedades desde sempre, apresentando-se como princípio transversal a todas os setores. Teve como principal referência a evolução das práticas desenvolvidas no setor industrial, passando a constituir-se como prioridade para todas os setores, incluindo na saúde.

A qualidade, centrada nos serviços reúne em torno de si um conjunto de elementos algo complexos, pois pressupõe que a produção do serviço e o seu consumo sejam simultâneos e que aconteçam num contexto de intersubjetividades (Machado, 2014). Assim, quanto à qualidade, os serviços detêm várias características, podendo considerar-se algumas fundamentais, como o facto de os serviços serem apreciados de modo subjetivo, tornando-se intangíveis e heterogéneos; a qualidade ocorre durante a prestação do serviço e o consumidor participa nessa mesma prestação num processo de simultaneidade. Deste modo, para o cliente, a qualidade de um serviço resulta da comparação que este efetua do serviço com as expetativas que detinha sobre o mesmo (Machado, 2014).

A necessidade de um “sistema de qualidade” foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, na sua Meta 31 (Organização Mundial de Saúde, 1985), e pelo Conselho da Europa na sua recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros (Sousa, 2010), sendo consensual a sua definição como: “Um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explicitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados” (Biscaia, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos. Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS (2006) aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades.

A definição até hoje mais aceite de qualidade em saúde é a do *Institute of Medicine* que considera a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde

desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente" (Institute of Medicine, 2000). Este conceito concentra a ideia mais global de qualidade em saúde que envolve a relação direta entre prestadores de cuidados e doentes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe. Para Pisco e Biscaia (2001), a definição de qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, seja ele doente, prestador de cuidados de saúde ou gestor. Para o doente, a acessibilidade, os aspetos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde são mais importantes do que a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência, como o são para o gestor, assim como a obtenção de resultados clínicos é o fator mais relevante para o prestador e não para os restantes, tornando assim a questão da qualidade em saúde difícil de abordar (Pisco & Biscaia, 2001). Estas três perspetivas, quando integradas, contemplam uma visão global da qualidade de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos.

Nas últimas décadas vários autores e/ou organizações definiram o conceito de qualidade dos cuidados de acordo com um conjunto de dimensões. Tal prática possibilita operacionalizar o conceito, amplo e por vezes abstrato, de qualidade em saúde através de dimensões mais concretas, tornando possível a sua medição e consequentemente a sua avaliação.

A OMS (Legido-Quigley et al., 2008) definiu um modelo bastante abrangente e integrador constituído pelas seguintes dimensões:

a) Efetividade refere-se à forma como determinada intervenção resulta nos efeitos desejados, em que os cuidados devem ser prestados baseando-se em evidência e em resultados, com vista à melhoria dos sistemas de saúde, tendo em conta as necessidades existentes;

b) Eficiência refere-se ao facto de serem atingidos os mesmos objetivos ou resultados minimizando os recursos utilizados, ou através dos mesmos recursos conseguir maximizar os efeitos;

c) Acessibilidade prende-se com o facto dos tratamentos e/ou cuidados de saúde estarem disponíveis quando o doente precisa que estes sejam prestados, sem esquecer os fatores que condicionam o acesso a esses cuidados;

d) Segurança refere-se à redução do risco e visa a diminuição da ocorrência de eventos indesejados que decorrem da prestação de cuidados e que causam dano ou incapacidade aos doentes;

e) Equidade reflete em que medida existem respostas diferentes para necessidades diferentes, considerando o conhecimento disponível e a justiça nas opções tomadas;

f) Adequação diz respeito à forma como o tratamento corresponde às necessidades dos doentes;

g) Oportunidade refere-se à prestação de tratamentos/cuidados de saúde ao doente num intervalo de tempo adequado e razoável;

h) Aceitabilidade está ligada a questões de humanização dos cuidados de saúde e à relação doente/profissional de saúde, sendo relevante considerar a confidencialidade, opinião e expetativas dos doentes;

i) Resposta aos doentes ou atenção centrada nos doentes considera as preferências e valores individuais dos doentes e da sociedade envolvente;

j) Satisfação consiste em fazer com que o tratamento e a melhoria do estado de saúde dos doentes correspondam às suas expetativas;

k) Continuidade dos cuidados corresponde à ligação que deve existir entre as diferentes fases do tratamento e/ou dos cuidados prestados ao doente.

Donabedian (2003) considera a qualidade em saúde, como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, acrescenta ainda, que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. Estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

O mesmo autor (Donabedian,2003, p. 6) define qualidade em saúde considerando alguns atributos ou componentes como:

a) A eficácia, que se refere à capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados para promover melhorias na saúde. Ao longo do tempo, a eficácia correspondeu a *standards* de qualidade, que tinham origem a partir da experiência e investigação e, que eram utilizados, como referências para comparar resultados.

b) A efetividade, que se refere à relação estabelecida entre os resultados obtidos e aqueles que os *standards* apontam com base na evidência

científica. Esta componente da qualidade integra em si a adequação das intervenções terapêuticas implementadas.

c) A eficiência, que diz respeito à capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade destes. Este conceito é frequentemente usado numa análise económica, baseando-se na mera redução de custos que não traduz necessariamente eficiência. Donabedian (2003) refere diversas categorias de eficiência: eficiência clínica que depende de aspetos como o julgamento clínico, os conhecimentos e competências, que poderão traduzir menores custos para o cliente; a eficiência produtiva, quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e consequentemente, a diminuir os custos; a eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita.

d) A otimização, a componente da qualidade que remete para a relação entre os custos e os resultados, ou seja, os melhores resultados possíveis com os custos mais reduzidos.

e) A adequação, definida como a conformidade com os desejos, valores e expetativas do cliente e da sua família, e que engloba várias dimensões como a acessibilidade, a pertinência, relação profissional/cliente, ambientes amenizados, e preferências pessoais do cliente. A acessibilidade, diz respeito à facilidade com que os clientes acedem aos cuidados em tempo útil. A pertinência relaciona a disponibilidade dos cuidados de saúde tendo em consideração se estes são os mais indicados. A relação interpessoal que se estabelece entre cliente e profissional de saúde, que incorpora os princípios de respeito pelos valores, crenças e desejos do cliente e, onde o cliente é o centro da atenção. A adequação dos cuidados exige condições ambientais que garantam a privacidade e o conforto.

f) A legitimidade, que se refere à conformidade com que os cuidados são aceites pela sociedade e expressos pelos princípios éticos, valores, normas, leis ou regulamentos.

g) A equidade, definida como a conformidade com os princípios de justiça na distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para os membros dessa população. A equidade é parte do que torna os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a sociedade.

Para a monitorização e promoção da qualidade, Donabedian (2003) propõe que na abordagem a utilizar se considerem três aspetos: estrutura, processos e resultados. Por estrutura entende-se como as condições sob as quais os cuidados e serviços são disponibilizados – equipamentos e materiais, recursos humanos, características organizacionais; por processo entende-se as atividades que representam os cuidados prestados; e os resultados referem-se às mudanças operadas no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 apontava como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, uma vez que da análise da situação dos serviços de saúde portugueses se identificou uma "escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços" (Despacho n.º 14223/2009), em consequência dessa constatação e pelo vazio deixado pela extinção do Instituto da Qualidade em Saúde, foi aprovada em 2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde que tem por missão a promoção e disseminação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de dezembro, conferiu à Direção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português. Nessa conformidade, a Direção Geral da Saúde desenvolveu uma cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente, com disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais. Uma cultura de melhoria contínua tornou-se, deste modo, base de todos os processos que tenham como intenção a qualidade em saúde. No entanto, esta requer que os diferentes intervenientes potenciem ao máximo o seu contributo.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2002). Deste modo, os enfermeiros defrontam-se com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem da qualidade não poderá incidir apenas nos aspetos que já fazem parte da realidade, mas na procura de melhores resultados naquilo que já hoje se reconhece como detentor de níveis aceitáveis de qualidade. De igual modo, para obter a excelência na qualidade, perceber o que ainda existe para desenvolver à luz do que demonstra a evidência científica.

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças

que visam uma melhoria efetiva de modo a oferecer os cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expetativas do cliente (Machado, 2014).

A melhoria contínua da qualidade resulta da intencionalidade na mudança para a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem e a reflexão torna-se uma etapa relevante do processo de implementação da mudança. A reflexão possibilita a compreensão do processo de implementação e do efeito que as mudanças provocam no contexto da ação.

A enfermagem, tal como outras áreas, assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros.

Os enfermeiros, num desafio de permanente e necessária aproximação à qualidade, reconhecem que esta é resultante da conjugação de múltiplos esforços e saberes. Com efeito, “a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2002, p. 39).

Neste âmbito, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional e pluridisciplinar onde se enquadram dois tipos de intervenções: i) iniciadas por outros técnicos de saúde, intervenções interdependentes, realizadas pelos Enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum e ii) iniciadas pela prescrição do Enfermeiro, intervenções autónomas, onde o Enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação. Em ambas os Enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a implementação, tendo por base os conhecimentos técnicos e científicos que detêm, a identificação da problemática do beneficiário de cuidados, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida (OE, Conselho de Enfermagem: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, 2001).

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, e em concreto às crianças em sofrimento, como é o caso particular das crianças com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados e considerando a dor como

uma prioridade, no âmbito das respostas em cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2008), temática que será abordada no capítulo seguinte.

2. A DOR

A dor é uma experiência universal de todo o ser humano, tendo cada um de nós sido confrontado com ela em algum momento da nossa vida. Apesar da inevitabilidade com o seu confronto, nem todas as pessoas suportam a dor e se referem a ela da mesma forma, abrangendo a universalidade da experiência dolorosa, múltiplas facetas da subjetividade humana (Larner, 2014, p. 707). A dor pode sobrevir "de repente, desaparecer rapidamente, durar meses, anos ou tornar-se recorrente (…) pode transtornar levemente a rotina diária ou inviabilizar completamente o modo de vida de uma pessoa. Pode ser ténue ou forte, tolerável ou intolerável.

A dor é, fundamentalmente, um processo complexo e multidimensional, uma experiência que envolve fatores físicos, psicológicos, emocionais e sociais, entre outros" (Ribeiro, 2013, p. 33). Muitas têm sido as tentativas de definir a dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (2013, p. 48). Sendo um processo subjetivo, pessoal e multidimensional, podendo ser descrita e analisada a vários níveis: sensorial, afetivo e ao nível do seu impacto na capacidade da pessoa enfrentar a sua situação atual e interagir com os demais (Grant, Ferrell, Hanson, Sun & Uman, 2011; Latina, Mauro, Mitello, D'Angelo, Caputo, De Marinis & Baglio, 2015).

Pode encontrar-se no Plano Nacional de Luta Contra a Dor a seguinte definição e abordagem da complexidade da dor: "A dor é uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo" (Portugal, MS, DGS, 2013, p.1). Constata-se nesta definição que o aspeto social, físico, cultural, subjetivo e biológico é tido em consideração, o que revela o caráter multidimensional e complexo do fenómeno.

A dor tem diferentes perceções e varia de pessoa para pessoa. Sendo a dor uma resposta subjetiva, cada pessoa apresenta a sua perspetiva, a sua forma de sentir. Esta tem também diferentes formas de manifestação. Assim, a dor aguda constitui um sinal de alarme, um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo, ou seja, a identificação de uma causa. Esta decorre da ativação imediata do sistema nociceptivo, por norma, por lesão somática ou visceral. Tem uma função protetora, pois cria um alerta para uma lesão facilmente localizada (Grant et al., 2011). A dor crónica,

por sua vez, pode ser resultante de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos. É, habitualmente, definida como uma dor persistente ou recorrente (Portugal, MS, DGS, 2013).

A Declaração de Montreal, assinada em 2010 por mais de 50 instituições de vários países, reforça que o acesso ao tratamento da dor como um direito humano fundamental (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2013). O seu controlo é, assim, considerado um direito de todos os doentes e dever dos profissionais de saúde, evitando-se o sofrimento desnecessário e a morbilidade associada à sua presença (Portugal, MS, DGS, 2013).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 2003, uma circular normativa nº 9/DGCG, em que afirma que a dor é "o 5º sinal vital", sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (Portugal, MS, DGS, 2003).

A dor, como sintoma, está presente em grande parte das doenças e é considerada, atualmente, um dos grandes problemas em saúde pública. É difícil de ser mensurada, estando relacionada a experiências individuais e sujeita a uma infinidade de variáveis. A dor percebida deve ser acreditada, avaliada e tratada com o devido zelo, respeito e conhecimento sob a visão holística dos cuidados (Allen, Williams, Jennings, Stomski, Goucke et al., 2018, p. 368). O seu tratamento pode ser feito por medidas farmacológicas, medidas que podem ter origem opióide e não opióide, e por medidas não farmacológicas, exemplo disso são os posicionamentos favoráveis ao doente, massagens terapêuticas, correta colocação do tubo endotraqueal, entre outras (Grant et al, 2011, p. 599).

Considerando a multidimensionalidade e elevada prevalência da dor, a Direção-Geral da Saúde, através do seu Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, reconhece a necessidade dos enfermeiros investirem numa formação aprofundada, especializada e progressivamente atualizada sobre a dor, como meio de melhorar a sua abordagem (Portugal, MS, DGS, 2017, p. 4).

2.1. DOR NA CRIANÇA

Indissociável à condição humana, a dor é transversal a todas as faixas etárias, contudo, a atenção particular pela dor na criança surge mais tardiamente, quando se constataram diferenças muito significativas na abordagem da dor na criança, relativamente aos adultos em condições idênticas (Batalha, 2010). Até então, muitas pessoas acreditavam

que as crianças não sentiam dor, convicções baseadas em mitos e na falta de conhecimentos sobre a neurofisiologia do desenvolvimento da dor na criança e na sua particular subjetividade neste grupo etário.

O conhecimento atual diz-nos que a criança sente efetivamente dor, sendo inclusivamente hiperálgica em relação ao adulto (Batalha, 2010). A DGS afirma mesmo que a criança tem dor e memória da mesma, sendo que a dor não tratada, tem consequências a longo prazo, com alterações permanentes no sistema nervoso que irão agravar respostas futuras à dor.

Acresce a estes pressupostos a especificidade do cuidar crianças, sendo esta uma especificidade reconhecida desde algumas décadas em Portugal pela existência, na prática de Enfermagem especializada, de uma área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Indo ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 123/2011) cuidar a criança com dor exige, "para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor" (OE, 2013, p.7). Apenas com este conhecimento se pode responder ao fenómeno «dor» na sua componente fisiológica, na forma como afeta os valores e as crenças das crianças que se cuidam, na forma como estes a pensam e a vivem.

Em suma, a dor nas crianças pelas suas particularidades específicas, que devem ser tidas em consideração, devem exigir um processo adequado ao nível da sua compreensão, avaliação e tratamento. Apesar de um grande avanço no conhecimento da dor durante os diferentes estadios do desenvolvimento da criança e uma consequente melhoria no tratamento individual nas diversas faixas etárias pediátricas, muitas crianças ainda veem a sua dor sub-tratada ou tratada de modo insuficiente no contexto clínico atual. É consensual que a dor experimentada pelas crianças pode ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento ou desde o período inicial da sua trajetória de desenvolvimento (Barbosa, 2011; Batalha, 2010).

As maneiras que a criança manifesta a dor "passam por sinais de ordem aparentemente emocional, tal como o grito, o choro, a agitação, variações bruscas dos parâmetros neurovegetativos e mudanças de comportamento" (Chaves, 2017, p. 21). No lactente, por exemplo, e de acordo com a mesma autora, as variações são bruscas, na medida em que é a lei do "tudo ou nada", ou seja, "enquanto o equilíbrio entre o mal-estar e o bem-estar tender para o lado do bem-estar, ele não manifesta qualquer sinal de dor ou desconforto" (Chaves, 2017, p. 21).

Contudo, assim que esse equilíbrio tenda para o lado do mal-estar ou dor, surgirão variados sinais indicativos de dor ou desconforto, mas não da sua intensidade. A particularidade nesta fase etária é que os sinais e sintomas que estão habitualmente associados à dor podem não ser exclusivos da dor, podendo estar relacionados com mal-estar, medo, ira, cólera ou protesto (Fournier-Charrièr, 2007; Batalha, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Chaves (2017), a criança na fase pré-verbal não possui como exprimir nem quantificar em números ou palavras a sua dor, o que se agrava no RN, uma vez que a cada situação de dor que lhe possa ser provocada, existe ainda o desconforto decorrente de um incorreto posicionamento, ruído forte, luminosidade excessiva, entre outros fatores. “A apreciação da dor na criança pré-verbal é difícil, especialmente no recém-nascido, uma vez que o autorrelato, o indicador mais fiável de dor, não é possível” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198). Desta forma, para se obter uma avaliação da dor o mais próximo possível do real, nesta faixa etária, recorre-se à avaliação das mudanças fisiológicas e à observação comportamental.

Num RN sujeito a dor aguda, a nível dos indicadores fisiológicos, pode verificar-se “um aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial, respiração rápida e superficial, diminuição da saturação de oxigénio, pele pálida ou ruborizada, aumento da pressão intracraniana (PIC), diaforese e sudação palmar, tónus muscular aumentado, pupilas dilatadas, aumento da PIC, hiperglicemia, valor do pH diminuído, valor de corticosteroides aumentado” (Chaves, 2017, p.21)

A nível de indicadores comportamentais, deve observar-se e valorizar-se o choro, gemido, gritos ou lamentos, no que concerne a quantidade, periocidade e duração; a expressão facial, procurando observar características do rosto, orientação dos olhos e da boca, como esgar, sobrancelhas franzidas, tremor do queixo, olhos fortemente fechados, língua tensa ou protusa (Batalha, 2010; Fournier-Charrièr, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014; Hudson-Barr, et al., 2002); movimentos corporais e postura em relação ao tipo, qualidade, quantidade de movimentos ou mesmo a sua inexistência, pesquisando retraimento dos membros, rigidez, flacidez, batimentos ou punhos cerrados, motricidade pobre; mudanças de estado, como mudanças nos ciclos de sono/vigília, despertar frequente, mudanças no comportamento alimentar, no nível de atividade, presença de inquietação, irritabilidade, apatia, agitação ao contacto (Batalha, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014), sucção contínua e exacerbada (Batalha, 2010).

A nível comportamental, são manifestações específicas da dor observáveis no fácies do lactente: testa enrugada, sobrancelhas franzidas, pálpebras cerradas e acentuação dos

sulcos naso-labiais, resultando globalmente num rosto fechado e contraído (Fournier-Charrièr, 2007); Hockenberry e Wilson (2014) referem que quando tem dor, além de uma expressão facial característica, o RN exibe um choro mais intenso e continuado.

O tempo que a criança está sujeita à condição potenciadora de dor, além da intensidade da dor, influenciam o comportamento e as manifestações de dor no lactente. Quando está sujeito à dor durante mais tempo, a dor inscreve-se no corpo do lactente, exibindo este uma atitude antiálgica e um comportamento de retração, atonia ou inércia psicomotora. As reações de defesa do lactente são visíveis em repouso (posição antiálgica e apoios anormais) ou em situações de movimento em que apresenta uma rigidez nos movimentos que é mais ou menos difusa e pode afetar zonas afastadas do foco de dor. Esta resposta à dor aumenta a espasticidade da criança provocando um estado de rigidez generalizado, sendo difícil dar-lhe colo, pois não se aconchega e projeta o seu corpo para trás por retração posterior.

Nestas situações a criança apresenta os dedos dos pés e os pulsos crispados. Os sinais de hipotonia são mais raros, mas existem e são frequentemente acompanhados de alterações reacionais, o que se traduz por um “coma vígil” (Fournier-Charrièr, 2007).

A inércia psicomotora é de instalação rápida no lactente e em crianças pequenas, ocorrendo após algumas horas ou dias de exposição à dor. Alcançando este estado o lactente deixa de chorar, retrai-se sobre si próprio, parece renunciar a manifestar a sua dor ou desconforto e os movimentos tornam-se lentos e raros, mesmo quando distanciados do foco de dor (Fournier-Charrièr, 2007).

Em suma, segundo os autores suprarreferidos, a avaliação da dor é complexa pois exige competências do avaliador para detetar e descodificar a presença de dor através da observação de parâmetros fisiológicos e comportamentais, sendo a observação do fácies da criança de importância capital, para a avaliação da dor no lactente.

Durante a hospitalização o lactente é submetido a algumas técnicas dolorosas nomeadamente punção intravenosa , punção lombar, cateterismo vesical, e punção do calcanhar (Hockenberry & Wilson, 2014), apresentando o lactente durante as sucessivas exposições a técnicas dolorosas, alterações do choro e da resposta hemodinâmica, como por exemplo da frequência cardíaca, podendo alguns apresentar taqui ou bradicardia.

Outros indicadores de dor ou desconforto são a contorção física ou a agitação do lactente (Franck, Greenberg & Stevens, 2000, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014). Quando um lactente experimenta dor seria de esperar uma reação vigorosa, como chorar alto por exemplo. No entanto, pode ocorrer que o lactente esteja a ser sujeito ao fenómeno dor sem exteriorizar de maneira enérgica a sensação de dor. A esta circunstância associa-se a

especificidade de cada criança, o que pode originar uma variação nas respostas de expressão e de reação ao tratamento instaurado. Após sucessivas exposições à dor a resposta é por vezes inibida ou diminuída, o que poderia levar a crer que o lactente não sofre dor quando, na verdade, pode apresentar sinais de dor camuflados. Os enfermeiros devem, portanto, ser treinados a estar atentos ao que por vezes é difícil de desvendar por um olhar não habituado.

Até aos seis meses de idade o lactente apresenta, essencialmente, capacidade de memória para eventos de dor aguda e, em exposições à posteriori, podem ser desencadeadas expressões de dor aumentadas. Uma exposição repetida à dor neste período pode provocar alterações estruturais no cérebro do lactente e na resposta comportamental e hormonal (American Academy of Pediatrics (2000); Anand & Scalzo (2000), citados por Hockenberry & Wilson, 2014).

Após os seis meses a criança reage à dor tendo como bagagem a memória de vivências dolorosas anteriores e a reação emocional dos pais durante o procedimento. As possíveis reações do lactente, numa idade mais avançada, são de não cooperação, recusando-se a ficar quieto e deitado, usando as suas capacidades físicas para afastar e tentar evitar o procedimento que lhe causa dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A especificidade da dor assim como o facto de ser multifacetada, fazem com que o enfermeiro se depare com um desafio difícil na tentativa de avaliar a dor no lactente. Atendendo ao exposto anteriormente, sabe-se que a resposta à dor pode ser comportamental, fisiológica, bioquímica e/ou psicológica, sendo essas respostas influenciadas e moldadas pelo estádio de desenvolvimento em que se encontra o lactente, pelas experiências que viveu, pela cultura em que se insere, pela presença ou ausência dos pais, pelo contexto ambiental onde se encontra e pelo seu estado clínico. Adicionando a estes múltiplos fatores o facto de não existir um indicador específico da dor, a sua avaliação no lactente é inquestionavelmente complexa. Para gerir e minimizar esta dificuldade, o enfermeiro deve receber formação sobre avaliação da dor.

Atendendo à subjetividade da avaliação inerente a cada profissional, o recurso a escalas de avaliação da dor permite um maior rigor e objetividade na apreciação e, a experiência profissional, sustentada em conhecimento científico possibilita uma maior aferição da avaliação. O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os múltiplos indiciadores de dor, a variabilidade das manifestações de cada criança, saber identificar antecipadamente as situações passíveis de causar dor, e desenvolver cuidados antecipatórios de modo a minimizar o seu impacto no sofrimento da criança. A gestão

adequada da dor é condição fundamental para uma prestação de enfermagem de qualidade e uma promoção do bem-estar e saúde do lactente e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo a Norma 014/2010, "as crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos factores de variabilidade individual somam-se os fatores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada". Como tal, o mesmo organismo propõe, como orientações gerais, e considerando como norma de boa prática na avaliação da dor:

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

Como orientações específicas, a Norma 014/2010, preconiza a valorização da história da dor, ou seja, a recolha de informação que possibilite aos enfermeiros orientar a avaliação e o controlo da dor, recorrendo a todas as fontes de informação documentais disponíveis, coadjuvada com a observação e a entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos de idade. Esta colheita de informações tem de se realizar assim que possível, tendo em conta os seguintes parâmetros:

> "a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
>
> b) Factores de alívio e de agravamento;
>
> c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
>
> d) Formas de comunicar /expressar a dor;
>
> e) Experiências anteriores traumatizantes e medos;
>
> f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
>
> g) Comportamento da criança e ambiente familiar;
>
> h) Efeitos da dor na vida diária;
>
> i) Impacto emocional e socioeconómico"
>
> (Portugal, MS, DGS, 2010, p.2).

É fundamental fazer-se uma avaliação da intensidade da dor, que se refere à quantificação quantificar da sensação dolorosa com recurso a instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo-se sempre em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não há uma solução universalmente aceite. De acordo com a mesma fonte, esta avaliação tem de ser realizada regular e sistematicamente a todas as crianças, logo desde o primeiro contacto. Caso a criança esteja hospitalizada, a avaliação deve ser realizada, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas), cujo registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspetos observados como úteis para que se possa fazer uma interpretação da dor na criança, atendendo-se ao facto de a maioria das escalas avaliar a intensidade da dor. Em conformidade com a faixa etária, por ordem de prioridade, a Norma 014/2010, recomenda a utilização dos seguintes instrumentos:

> "Recém-nascidos
>
> a) EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
>
> b) NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
>
> c) PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
>
> d) N- PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida. Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).
>
> Entre 4 e 6 anos
>
> a) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
>
> b) Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.
>
> A partir de 6 anos
>
> a) EVA (Escala Visual Analógica);
>
> b) EN (Escala Numérica);
>
> c) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
>
> d) Escala de faces de Wong-Baker.
>
> Criança com multideficiência
>
> FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)".
>
> Portugal, MS, DGS, 2010, p. 2-3)

Poderão ser usados outros instrumentos de avaliação em situações muito particulares, desde que sejam "válidos, fiáveis, sensíveis, específicos e com utilidade clínica" (p. 3). É ainda recomendado a todos os serviços de saúde a elaboração, para cada instrumento de avaliação utilizado, um algoritmo de tratamento de acordo com a intensidade

da dor, sendo considerado de boa qualidade no controlo da dor quando a intensidade da dor se mantiver inferior a 3/10, correspondente a dor ligeira (Portugal, MS, DGS, 2010).

Para uma avaliação exata da intensidade da dor, é condição *sine qua non* que a escala usada tenha as seguintes propriedades psicométricas: validade (medir a dor e não outra coisa), fiabilidade (precisão na medição com o passar do tempo e entre avaliadores), sensibilidade (capacidade de diferenciar os verdadeiros estados de dor), especificidade (capacidade de diferenciar os verdadeiros estados de não dor), reprodutibilidade (concordância entre avaliadores) e utilidade clínica (facilidade de utilização, tempo de preenchimento, custos, aceitação, disponibilidade, vantagens para o tratamento) (Batalha, 2010). O mesmo autor refere ainda que avaliar um fenómeno subjetivo como a dor exige uma valorização da perceção de quem a vivencia, sendo, deste modo, a autoavaliação o modelo de ouro (Batalha, 2010).

A avaliação da dor deve ser realizada com a idêntica frequência da avaliação dos restantes sinais vitais, recomendando-se que seja avaliada nos seguintes momentos: pelo menos uma vez a cada 8h ou a cada 4 ou 6h em consonância com a situação clínica da criança, após um procedimento doloroso, face à presença de sinais sugestivos de dor intensa ou mudança dos sinais vitais, bem como para avaliar a eficácia das intervenções realizadas (Batalha, 2010).

É importante ressalvar que as crianças mais pequenas e imaturas, devido às próprias características dos processos cognitivos e ao significado que conferem às situações, sofrem muito mais do que as crianças com níveis de desenvolvimento cognitivo mais avançados, isto é, a imaturidade cognitiva da criança pode contribuir para uma menor valorização da dor. Por volta dos 9-10 anos, as crianças comunicam verbalmente a sua dor e conseguem descrever de forma clara a sua intensidade e qualidade (Batalha, 2010).

Batalha (2005) refere que a aprendizagem da dor se inicia com a primeira experiência dolorosa e tem um marcado efeito sobre a perceção e respostas subsequentes. De acordo com o mesmo autor, para se controlar a dor na criança é fundamental a sua avaliação, uma vez que a partir da mesma se pode determinar a necessidade e a natureza da intervenção terapêutica, bem como a eficácia do seu resultado, para que se possa atender aos factores que interferem na experiência de dor e prover medidas de alívio. Assim, o primeiro passo consiste na avaliação da intensidade da dor de forma sistemática e cientificamente válida, tal como preconizado pela DGS (Portugal, MS, DGS, 2012).

O controlo da dor assume-se como um processo dinâmico de medidas coordenadas, tendo por finalidade prevenir, aliviar e tratar a dor, abarcando intervenções farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2013). É um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados

de saúde prestados e, como tal, tem de ser introduzido nas agências de acreditação dos serviços de saúde (Batalha, 2010).

O alívio total da dor, com o uso combinado de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, poderá ser a meta. Todavia, o se alívio completo pode não ser possível. Fragata (2010), neste âmbito, refere que os procedimentos invasivos são vividos como crises psicológicas, sugerindo que estes têm de ser controlados e avaliados para que se minimizem eventuais repercussões no desenvolvimento e equilíbrio emocional da criança. Nas situações em que é necessária a punção venosa periférica como intervenção constante num serviço de pediatria, a minimização da dor e o desconforto da criança assumem-se como desafios para a prática de enfermagem (Barros, 2003).

Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (2012), para se fazer um eficaz controlo farmacológico da dor é necessário respeitar os seguintes princípios gerais:

- O tratamento farmacológico depende da intensidade da dor sentida pela criança: dor ligeira – analgésico degrau I; dor moderada – analgésico degrau I ou II; dor intensa – analgésico degrau II ou III e dor máxima – analgésico degrau III (Batalha, 2010);

- Controlar a dor em intervalos regulares (“pelo relógio” e não numa base de “quando necessário”) – os analgésicos devem ser prescritos em doses terapêuticas e em horários fixos (intervalos regulares entre as doses) e ajustados em conformidade com a intensidade da dor (Organização Mundial de Saúde, 2012, p.40);

- Controlar a dor pela via de administração adequada – a administração de analgésicos deve ser realizada da maneira mais simples, eficaz e o menos dolorosa possível. Deste modo, devem privilegiar-se as vias de administração menos invasivas, designadamente: oral, intranasal, transmucosa, inalatória e tópica e evitam-se as vias intramuscular (via dolorosa) e retal (biodisponibilidade não fiável). Quando a via oral não está disponível, a seleção da via deve basear-se na situação clínica, na disponibilidade e na preferência da criança e família. Se a dor já estiver instalada, estando disponível via endovenosa, deve optar-se por esta, por causa do seu rápido efeito analgésico comparativamente a outras vias de administração (Portugal, MS, DGS, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2012);

- Individualizar a dose de analgésico de acordo com a sua eficácia – a dose eficaz é aquela que alivia eficazmente a dor sem efeitos secundários indesejáveis. No que se refere aos analgésicos não opióides, as doses são calculadas de acordo com o peso da criança, para que se evite a toxicidade grave, sem que as doses iniciais excedam as máximas recomendadas e as seguintes sejam alteradas de acordo com a intensidade da dor residual. Deve aonde ter-se em consideração as condições que interferem na metabolização dos

fármacos, como a desnutrição e a administração de outros fármacos. Em relação aos opióides que não têm "efeito de teto" e, como tal, não estão definidas doses máximas, a dose ideal é alcançada quando se consegue uma boa resposta analgésica e os efeitos secundários são toleráveis (Batalha, 2010; Organização Mundial de Saúde, 2012).

As medidas não farmacológicas, por norma, são intervenções de natureza psicológica, sendo eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, pois aumentam o sentimento de controlo da dor e favorecem uma maior autonomia da criança e dos pais/cuidador principal. Por conseguinte, na sua seleção deve considerar-se o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, o contexto circundante e a situação específica (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na mesma linha, Linhares e Doca (2010) referem que as medidas não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dorna criança, isoladas ou conjuntamente com as medidas farmacológicas. O recurso às medidas não farmacológicas tem sido considerado como muito importante nas situações potencialmente dolorosas. Muitas dessas intervenções alteram o significado da dor. Os mesmos autores reforçam que com a utilização de intervenções não farmacológicas alcança-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, alterando as cognições responsáveis pelas reações de medo e de ansiedade.

São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança, cuja "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 (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva)" (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, as estratégias não farmacológicas podem classificar-se como:

> "Comportamentais - Envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento);
>
> Cognitivas - Utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia); Cognitivo-comportamentais - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);
>
> Físicas ou periféricas - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular. Por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/massagem superficial, o posicionamento ou a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS);
>
> Suporte emocional - Implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto;

> Ambientais - Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração"
>
> (Ordem dos Enfermeiros, 2013, pp. 17-18).

Em relação ao suporte emocional, segundo Batalha (2010), as intervenções de enfermagem compreendem o ensino acerca da presença de qualidade, que abrange medidas simples, mas completamente determinantes. Falar, pegar ao colo, acariciar, embalar, amamentar, colocar chupeta, administrar sacarose, possibilitar o choro, sem o mesmo seja reprimido, colaborar na distração, como, por exemplo, cantar, contar uma história. Em crianças mais velhas é fundamental perguntar o que poderia ajudar, uma vez que estas já adotam estratégias de *coping* particulares.

Na denominada «preparação psicológica da criança» (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.18), por norma, os enfermeiros executam um conjunto de estratégias que ajudam a tranquilizar a criança/pais/cuidador principal e a alcançarem a sua colaboração, principalmente aquando da realização de procedimentos dolorosos. O domínio destas estratégias exige formação e treino, "daí que o tratamento não farmacológico da dor na criança tenha muito a ver com a experiência da equipa de enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.18).

Figueiredo (2016) realizou um estudo descritivo, de natureza quantitativa que objetivou analisar a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro no cuidar da criança com dor, em contexto hospitalar. A amostra era constituída por 33 enfermeiros dos serviços de Pediatria, Unidade de Neonatologia e Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Cova da Beira. Os resultados revelam que os enfermeiros utilizam frequentemente medidas não farmacológicas no alívio da dor na criança, recorrendo frequentemente à informação preparatória (48,5%), ao toque terapêutico (36,4%), à sucção não nutritiva (30,3%), à distração (30,3%), a massagem (36,4%), posicionamento (57,6%), a aplicação de calor ou frio (39,4%). São utilizadas sempre estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos, na punção venosa (51,5%), terapêutica intramuscular (48,5%), realização de pensos e punção capilar (30,3%). Contudo, são raramente utilizadas na aspiração nasofaríngea, na entubação naso-gástrica (42,4%) e na algaliação (36,4%). *Grosso modo*, a maioria dos enfermeiros raramente revela dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Porém, ficou demonstrado, quando se agruparam os casos em que os enfermeiros responderam regularmente, frequentemente e sempre, que a maioria ainda revela dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas perante a recetividade por parte da criança e adolescente (54,6%). Os recursos materiais (54,5%) e a disponibilidade de tempo (57,6%) foram igualmente citados como fatores que dificultam a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Ainda em conformidade com a autora supra-referida, cuidar da criança com dor requer lidar com a expressão da dor e com outros fatores, nomeadamente o diagnóstico, o significado, a prevenção e o seu alívio (Figueiredo, 2016). Neste sentido, a gestão da dor objetiva a prevenção, idealmente preferível ao tratamento, dado que quando a dor se instala, esta torna-se mais difícil de controlar (Hockenberry & Wilson, 2014). A intervenção farmacológica na dor consiste no alicerce do seu alívio. Contudo, sendo a dor mais do que uma experiência sensorial, existem outros métodos de alívio e tidos como uma componente relevante do cuidado em Pediatria (Pölkki, Laukkala & Vehviäinen-Julkunen, 2003). Como já referido anteriormente, a experiência dolorosa pediátrica desencadeia várias reações (fisiológicas, emocionais e motoras) desde o nascimento ou do período inicial do desenvolvimento da criança, o que implica uma gestão adequada por parte dos enfermeiros, otimizando as suas respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). O enfermeiro, pela sua proximidade com a criança/adolescente em contexto hospitalar, possui uma responsabilidade acrescida no que se refere ao seu controlo e no que diz respeito à promoção do seu bem-estar. Assim ao cuidar da criança/adolescente com dor, compete ao enfermeiro a gestão de medidas de alívio da dor e do desconforto, o que deve também implicar o envolvimento dos pais/cuidador principal, avaliando e interpretando o estado emocional da criança/adolescente, de forma a intervir adequadamente (Figueiredo, 2016).

O controlo da dor torna-se mais eficaz quando engloba as medidas farmacológicas e não farmacológicas (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Apesar das medidas não farmacológicas não substituírem, por norma, os analgésicos, podem ser adjuvantes na redução da dosagem da medicação e na redução da dor, enquanto a medicação não produz efeito. Devem ser escolhidas em conformidade com os recursos existentes em cada serviço, com a sensibilidade da criança/adolescente à dor, com o seu estadio de desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping*, com as suas preferências, tipo de dor e suas caraterísticas, bem como o contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Em termos metodológicos realizou-se uma revisão sistemática da literatura com recurso a material científico publicado em várias bases de dados, tentando-se sumariar as evidências que se encontraram relacionadas com o tema em estudo, reorganizando os dados e a informação, para que assim se pudessem interpretar os resultados obtidos.

Nos últimos anos, aos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, têm seguido o repto da procura de conhecimento científico baseado em evidência, dado que este conhecimento, permite-lhes prestar cuidados seguros e fundamentados. Esse cenário resulta da necessidade dos enfermeiros produzirem conhecimentos singulares e intrínsecos à natureza da sua prática profissional em diferentes contextos (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014). De acordo com as mesmas autoras, a prática baseada em evidência consiste numa abordagem para a solução de problemas, bem como para a tomada de decisão que agrega a procura da melhor e mais recente evidência e competência clínica do profissional de saúde. Ou seja, é um processo que possibilita fazer uma ligação da teoria à prática, na medida em que objetiva “reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de pesquisa para uma conduta clínica segura, com qualidade” (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014, p. 10).

Importa referir que a opção por uma revisão sistemática da literatura se baseia no facto de esta se caracterizar como um método de pesquisa criterioso usado para proporcionar os melhores conhecimentos produzidos acerca de um determinado problema , de modo a que os mesmos possam ser avaliados criticamente por profissionais com habilidade clínica e, depois, incorporados na prática assistencial (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014). Assume-se como uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com “uma questão/pergunta específica sobre causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema” (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014, p. 10). Por norma, ainda em conformidade com as mesmas autoras, os estudos incluídos na revisão sistemática da literatura têm o delineamento de uma investigação experimental, considerados trabalhos originais, dado o seu rigor metodológico. Pelo exposto, a revisão sistemática da literatura permite a recolha de evidências de estudos primários e proporciona uma prática baseada em evidências, dado que a partir da mesma a enfermagem produz conhecimento científico que lhe permite fundamentar a tomada de decisão acerca da melhor assistência prestada às pessoas a quem presta cuidados, fortalecendo assim a sua profissão (Galvão, Sawada & Mendes, 2003).

De acordo com as orientações concebidas pela Cochrane Handbook (Green et al., 2011) a presente revisão sistemática da literatura apresenta as seguintes etapas: i) Formulação da questão problema; ii) Localização e seleção de estudos; iii) Avaliação crítica dos estudos; iv) Colheita de dados; v) Análise e interpretação dos dados vi) Interpretação dos resultados; vii) Aperfeiçoamento e atualização da revisão.

A realização deste trabalho assume-se como um processo desafiador para a enfermagem de saúde infantil e pediatria tendo como referência o significativo aumento da produção científica na área, através da qual, o enfermeiro poderá adquirir competências e habilidades fundamentais para a incorporação da pesquisa na sua prática profissional quotidiana.

Como estratégia de localização dos estudos, optou-se pela utilização do motor de busca Google Académico, e na base de dados da Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, com o objetivo de identificar os termos mais usados nos artigos científicos referentes a este tema e, assim, se definirem as palavras-chave: “pain”, “management”, “measures”, “nursing practice”, “child”, “pediatrics”, “Quality Assurance”, “Health Care”.

Seguidamente realizou-se uma pesquisa no site da internet do U.S. *National Library of Medicine* (https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D010996), para confirmar se os termos inicialmente utilizados constituíam termos MeSH.

É neste contexto que se apresenta a formulação da pergunta, de acordo com a estratégia PI[C]OD, a definição dos descritores, apresentando as associações de pesquisa, as bases de dados consultadas e associações dos descritores em cada uma delas. Sucede-se a apresentação dos critérios de inclusão e de exclusão, a estratégia de pesquisa e localização dos estudos, a apresentação do fluxograma figurativo do resultado da pesquisa da revisão sistemática da literatura, bem como se apresenta a análise crítica da qualidade dos estudos. Tem lugar seguidamente a apresentação dos resultados, por meio de uma síntese descritiva dos aspetos mais relevantes de cada estudo, fazendo-se uma referência sistematizada do tipo de estudo, dos participantes e das suas características, do objetivo geral, da intervenção, dos principais resultados e da conclusão geral. Após esta etapa, procede-se à discussão dos resultados, iniciando pela discussão metodológica, seguida da discussão de resultados, tendo como base os resultados mais relevantes. O estudo termina com as principais conclusões, referenciando-se as implicações para a prática/sugestões face às evidências encontradas.

1.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para a elaboração da questão de investigação, foi utilizado o método PI[C]OD (Higgins & Green, 2011), que Bettany-Saltikov (2012) refere ser a primeira e mais importante decisão, a determinação do foco da investigação. Deste modo, a formulação da questão norteadora é substancial, sendo que esta deverá ser suficientemente compreensiva e específica (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Resultado da aplicação da estratégia PI[C]O[D]

Acrónimo	Alvo de Investigação
P: *Participantes*	Criança / família hospitalizada
I: *Intervention*	Cuidados de enfermagem na gestão da dor
C: *Comparisons*	Não aplicável
O: *Outcomes*	Critérios/standards de qualidade
D: Design	Ensaios clínicos aleatórios, estudos correlacionais; estudos de coorte transversal; estudos experimentais; estudos prospetivos, revisões sistemáticas, revisão de peritos

Tendo por base estes pressupostos teóricos, definiu-se a questão de investigação que se enuncia de seguida:

- Quais os critérios/*standards* de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada/família no manejo da dor?

Partindo-se deste desiderato e de modo a limitar a campo de investigação desta revisão, elaborou-se o seguinte objetivo:

- Definir critérios/*standards* de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família hospitalizada, na avaliação e controlo da dor.

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Higgins & Green (2011) referem que a grande diferença entre uma revisão sistemática da literatura de uma revisão da narrativa é a especificação dos critérios de elegibilidade, que são formulados a partir do consenso de uma combinação dos aspetos da questão, da especificação do tipo de desenho, participantes e das comparações, ou seja, deve nortear-se pela questão PI[C]OD.

Por conseguinte, com o objetivo de limitar os artigos em estudo, que constituirão esta revisão sistemática da literatura, foram definidos e aplicados critérios de inclusão e exclusão específicos, claros e inequívocos, considerando o tipo de participantes, o tipo de intervenção e resultados esperados e o tipo de estudos a incluir (tabela 2).

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Crianças/família hospitalizada Enfermeiros	Todos os estudos que não envolvam crianças hospitalizadas
Intervenções	Avaliação e controlo da dor: medidas farmacológicas e não farmacológicas	Intervenções que não se relacionem com a gestão e controlo da dor
Comparações	Não aplicável	
"Outcomes"	Critérios/santadrs de qualidade dos cuidados prestados	Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão.
Desenho	Ensaios clínicos aleatórios, estudos correlacionais; estudos de coorte transversal; estudos experimentais; estudos prospetivos, revisões sistemáticas, revisão de peritos	Outros desenhos para além dos de inclusão.

1.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS

Para a identificação de estudos relevantes dentro dos critérios definidos foram realizadas pesquisas que compreenderam os estudos que datam de janeiro de 2012 a janeiro de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: Google Scholar, Scielo, PUBMED; Cochrane Central Register of Controlled Trials Database of Abstracts of Reviews of Effects, Business Source Complete, ERIC, Regional Business News NHS Economic Evaluation Database, Academic Search Complete, MedicLatina, Health Technology Assessments, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Methodology Register, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO).

Foram utilizados os seguintes descritores:

- #1 MeSH *pain - dor*
- #2 MeSH *pain management – gestão da dor*

- #3 MeSH *nursing practice - cuidados de enfermagem*
- #4 MeSH *measures - avaliação*
- #5 MeSH *child – criança*
- #6 MeSH *Hospitalization - hospitalização*
- #7 MeSH *Pediatrics - pediátrico*
- #8 Health Care - *Cuidados de saúde*
- #9 Quality Assurance - Garantia da Qualidade;

#9 [#1 OR # 2 AND #3 AND #4 AND #5 OR #6 AND #7 AND #8 AND #9] (explode all trees)

Da sua conjugação com os operadores booleanos nos motores de busca para a obtenção dos textos completos das publicações que tinham sido identificadas, resultaram as seguintes formulações: (*pain*) AND (*management*) AND (*measures*) OR (*nursing practice*) AND (*care*) AND (*quality assurance*) AND (child) OR (*Pediatrics*) and "*Hospitalization"*. Os descritores supracitados, em língua portuguesa e em inglês, foram utilizados também em motores de busca científicos, nomeadamente a Pubmed, o Google Académico, Scielo, com o objetivo de realizar uma pesquisa mais profunda e para a obtenção dos textos completos das publicações que já tinham sido identificadas.

1.4. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A procura dos estudos é uma etapa crucial na Revisão Sistemática da Literatura. A estratégia a utilizar deve ser abrangente e, idealmente, deve incluir obras publicadas e identificar todos os artigos relevantes e necessários, utilizando as bases de dados específicas para o tema em questão (Pereira & Bachion, 2008, p.493).

Inicialmente, a pesquisa resultou em 726 artigos (cf. Tabela 3), após retirar artigos duplicados este número reduziu para 537 artigos.

Tabela 3 – Estratégias de pesquisa, Bases de dados e publicações encontradas

	Frase booleana	Base de dados	Artigos identificados
1	TI (pain) AND (management) AND (measures) OR (nursing practice) AND (care) AND (quality assurance) AND (child) OR (Pediatrics)	Cinalh Complete Medline Complete Cochrane Central Register of Controlled Trials Medic Latina Scielo Elsevier RCAAP	65 98 61 46 196
2	TI (pain) AND (management) AND (measures) OR (nursing practice) AND (quality assurance) AND (child) OR (Pediatrics)	Cinalh Complete Medline Complete Cochrane Central Register of Controlled Trials Medic Latina Scielo Elsevier RCAAP	47 122 17 4 15 2 3
3	(pain) AND (management) AND (measures) OR (nursing practice) AND (care) AND (quality assurance) AND (child) OR (Pediatrics)	Cinalh Complete Medline Complete Cochrane Central Register of Controlled Trials Medic Latina Scielo Elsevier RCAAP	27 32 5 7 11 3 1
	Total		**762**

Com o intuito de refinar a seleção de artigos inicial, foi aplicado um Teste de Relevância preliminar (cf. Tabela 4) (Pereira & Bachion, 2006, p. 493). A elaboração do teste de relevância I seguiu as recomendações de Pereira e Bachion (2006, p. 493): uma lista clara de perguntas a serem respondidas pelos investigadores, em que serão excluídos os artigos que tiverem pelo menos uma negação.

Tabela 4 - Teste de Relevância I

Referência do estudo:		
Questões:	**Sim**	**Não**
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO • **INCLUIR** ▪ Idade ≤18 anos ▪ Crianças hospitalizadas • **EXCLUIR** ▪ Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários ▪ Idade ≥18 anos		
2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?		
• Estudos publicados entre janeiro de 2011 e janeiro de 2019		
3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
• Português • Inglês • Espanhol		
4. O estudo encontra-se disponível em *full text*?		
5. Estudo envolve seres humanos?		

Aplicado o Teste de Relevância I foram excluídos 145 estudos, por não se encontrarem em consonância com a questão norteadora. No final da aplicação do teste foram considerados adequados para prosseguir a revisão 14 estudos.

Dos 14 estudos considerados adequados para prosseguir o estudo, foram eliminados 3 por se encontrarem repetidos nas bases de dados consultadas, tendo transitado para submissão do Teste de Relevância II um total de 11 estudos, os quais, foram sujeitos à avaliação por dois pesquisadores, de forma independente, (cf. Tabela 5), seguindo o mesmo padrão do teste de relevância I. Por conseguinte, formularam-se novas questões para orientar a decisão quanto à inclusão ou não dos estudos no estudo. Estas questões devem ser elaboradas para possibilitar somente que a sua resposta seja afirmativa ou negativamente. quando qualquer questão possuir como resposta uma negação, o estudo deve ser excluído da revisão (Pereira & Bachion, 2006, p. 493).

Tabela 5 - Teste de relevância II

Referência do estudo:		
Questões:	**Sim**	**Não**
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO • **INCLUIR** ▪ Idade ≤18 anos ▪ Crianças hospitalizadas • **EXCLUIR** ▪ Crianças que não se encontrem hospitalizadas		
2. O desenho do estudo vai de encontro ao predefinido?		
• **INCLUIR** ▪ Estudos experimentais, quase-experimentais, transversais analíticos, ensaios clínicos controlados, randomizados, ensaios controlados aleatórios e estudos de caso • **EXCLUIR** ▪ Outros desenhos para além dos de inclusão		
3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?		
• Estudos publicados entre janeiro de 2011 a janeiro de 2019		
4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
• Português • Inglês • Espanhol		
5. Estudo envolve seres humanos?		
6. Os outcomes do estudo vão de encontro com o predefinido?		
• **INCLUIR** ▪ Estudos que estudem as variáveis: critérios/santadrs de qualidade dos cuidados prestados; Avaliação e controlo da dor: medidas farmacológicas e não farmacológicas • **EXCLUIR** ▪ Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão		

Concluída a aplicação do Teste de Relevância II, foram excluídos 7 estudos, resultando 4 para análise da qualidade metodológica . Os estudos foram excluídos por não possuirem *outcomes* que fossem ao encontro do predefinido nos critérios de inclusão e, em segunda instância, pela operacionalização do desenho do estudo. Na tabela 6 evidenciam-se os resultados após a aplicação do referido teste.

Tabela 6 - Resultados da aplicação do teste de relevância II

	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5		Questão 6		Reúne critérios para avaliação da qualidade metodológica	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Katende, G., & Mugab, B. (2015). Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study. *BMC Pediatrics*, 15:122 DOI 10.1186/s12887-015-0438-0	x			X	x		x		x			x		X
Blasi, D.G., Candido, L.K. de, Tacla, M.T.G.M., & Ferrari, R.A. (2015). Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 36, 1, supl, 301-310.	x			X	x		x		x			x		X
Chafe, R., Harnum, R., & Porter, R. (2016). Improving the Treatment and Assessment of Moderate and Severe Pain in a Pediatric Emergency Department. *Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Management*,1-6 Article ID 4250109, 6 pages http://dx.doi.org/10.1155/2016/4250109	x			X	x		x		x			x		X
Ramira, M.L., Instone, S., & Clark, M.J. (2016). Pediatric Pain Management: An Evidence-Based Approach, vol. 41,1, 39-49.	x			X	x		x		x			x		X
Zhu, L.M. Stinson, J., Palozzi, L., Weingarten K., Mary-Ellen Hogan, M-H., et al. (2012). Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted, knowledge translation initiative, vol.17, 3, 173-179.	x			X	x		x		x			x		X
Dong, L., Donaldson, a., Metzger, R., & Keenan, H. (2012). Analgesic administration in the emergency department for childrenrequiringhospitalization forlong-bonefracture. *Pediatric Emergency Care*, vol.28,.2, 109–114.	x			X	x		x		x			x		X
Weng, Y.-M., Chang Y.-C., Lin, Y.J. (2011). Triagepainscalescannotpredict analgesiaprovisiontopediatricpatientswithlongbone fracture, The American. *Journal of Emergency Medicine*, vol.28,no.4,pp.412–417.	x			X	x		x		x			x		X
Czarnecki, M.L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.L., Hanson, T.C., Berg, K.A., Petrie, J.L., Xiang, Q., & Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective, *Pain Management Nursing*, Vol. 12,	**x**		**x**		**x**		**x**		**x**		**x**		**x**	

3, 154-162.														
Grace, Y., Yamada, J., Kiololo, O'., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. *Pediatrics*, Vol. 133, 3, 500-515.	x		x		X		x		x		x		X	
Rosenberg, R.E., Klejmont, L., Pharm, L., Gallen, M., Fuller, J., Dugan, C., Budin, W., & Olsen-Gallagher, I. (2016). Making Comfort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management. *Hospital Pediatrics*, Vol. 6, 6, 359-368.	x		x		X		x		x		x		X	
Vincent, K.V.H. (2013). Pediatric Nurses' Beliefs and Pain Management Practices: An Intervention Pilot. West J *Nurs Res*.; 33(6,: 825–845. doi:10.1177/0193945910391681	x		x		X		x		x		x		X	

De forma a facilitar a compreensão de todo o processo, entendeu-se útil a elaboração de um fluxograma com a descrição dos passos até à obtenção da amostra final de estudos incluídos na RSL. A figura 1 ilustra o diagrama (PRISMA).

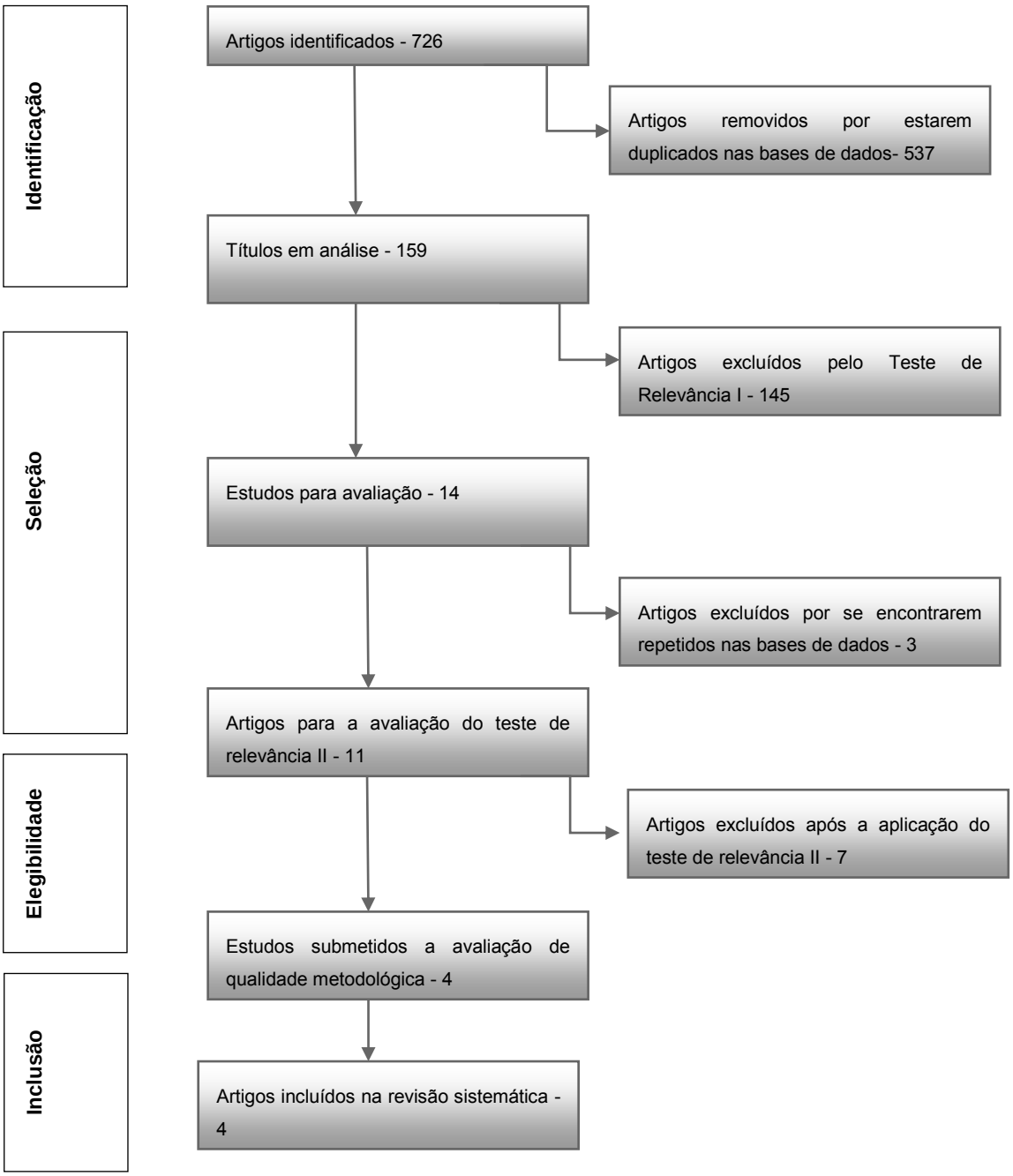

Figura 1 - Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)

1.5. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

A avaliação crítica da evidência científica reside em analisar e classificar os estudos em termos da sua validade, da sua importância e da sua aplicabilidade clínica, para a inclusão ou exclusão da informação obtida (Carneiro, 2008).

Com esta finalidade, foi utilizada a "Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos" proposta pela JBI (2017) nos estudos incluídos nesta RSL, de Czarnecki, Simon, Thompson, Armus, Hanson, Berg, Petrie, Xiang e Malin (2011) (cf. Tabela 7) e de Rosenberg, Klejmont, Pharm, Gallen, Fuller, Dugan, Budin e Olsen-Gallagher (2016) (cf. Tabela 8). Esta grelha é constituída por 8 questões, a cujas respostas os estudos em análise foram submetidos para avaliação detalhada, para que pudessem ser incluídos ou excluídos na análise final.

A metodologia do processo de análise implica uma de quatro tipos de respostas possíveis: sim, não, pouco claro, não aplicável. A cada uma destas respostas foi conferido um valor afirmativo ou negativo. Cada artigo foi qualificado através do número de respostas afirmativas e negativas, sendo a classificação final a razão entre o número mínimo de 6 respostas positivas no total e o máximo de 8.

Tabela 7 - Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos (JBI, 2017)

Título - Barriers to pediatric pain management: a nursing perspective Autores - Czarnecki, Simon, Thompson, Armus, Hanson, Berg, Petrie, Xiang e Malin (2011).	**Sim**	**Não**	**Pouco claro**	**Não aplicável**
1. Os critérios para a inclusão da amostra foram claramente definidos?	X			
2. Os sujeitos do estudo e a sua configuração foram descritos detalhadamente?	X			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	X			
4. Foram objetivos os critérios padrão utilizados para a medição da condição?	X			
5. Foram identificados os fatores de confusão?	X			
6. Foram delineadas estratégias para lidar com os fatores de confusão?	X			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	X			
8. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	X			

Avaliação geral: Incluído **X** Excluído □

Tabela 8 - Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos (JBI, 2017)

Título - Making Confort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management Autores - Rosenberg, Klejmont, Pharm, Gallen, Fuller, Dugan, Budin e Olsen-Gallagher (2016).	**Sim**	**Não**	**Pouco claro**	**Não aplicável**
1. .Os critérios para a inclusão da amostra foram claramente definidos?	X			
2. Os sujeitos do estudo e a sua configuração foram descritos detalhadamente?	X			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	X			
4. Foram objetivos os critérios padrão utilizados para a medição da condição?	X			
5. Foram identificados os fatores de confusão?	X			
6. Foram delineadas estratégias para lidar com os fatores de confusão?	X			
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	X			
8. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	X			

Avaliação geral: Incluído **X** Excluído □

Segundo Ascensão, Julião, Fareleira e Carneiro (2009), as grelhas de avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura e de ensaios clínicos utilizam as mesmas orientações gerais, apenas com questões específicas diferentes. Nos ensaios clínicos, responde-se a um questionário com 20 questões e a cada questão pode ser atribuída uma de quatro respostas possíveis: “resposta afirmativa = sim (codificada com 2); pouco claro/possivelmente (codificada com 1); resposta negativa = não (codificada com 0); não aplicável”. No final, obtém-se a soma de todas as questões individuais e calcula-se um resultado final (score total = soma dos scores atribuídos) =A; nº de questões aplicáveis (máx. 20) =B; score máximo possível (2 x B) =C.

“Os ensaios clínicos classificados com uma pontuação de 75% ou mais do total são considerados de boa qualidade e reúnem condições para serem considerados evidência de boa qualidade. Todos os outros são, em princípio, excluídos, não devendo ser utilizados na prática clínica” (Ascensão et al., 2009).

Considerando a existência de uma revisão sistemática incluída neste estudo, assumiu-se responder a 10 questões para análise da qualidade metodológica do estudos de Grace, Yamada, Kiololo, Shorkey e Stevens (2014) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Grelha de avaliação crítica de uma revisão sistematizada

Título - Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review

Autores - Grace, Yamada, Kiololo, Shorkey e Stevens (2014).

Validade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2			
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?	2			
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2			
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2			
Importância dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?			0	
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2			
Quão precisos são os resultados?	2			
Aplicabilidade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2			
Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?	2			
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
Total=	95% pontos			

Foi utilizada igualmente a “Grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado”(RCT) (cf. Tabela 10) do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007, p. 43) no estudo de Vincent (2013).

Esta grelha é constituída por 20 questões, a cujas respostas um dos estudos em análise foi submetido, para que pudesse ser incluído ou excluído da análise final. A metodologia do processo de análise implica uma de quatro tipos de respostas possíveis: sim, pouco claro/possivelmente, não ou não aplicável. A cada uma destas respostas foi conferido um valor numérico de 2, 1 ou 0. O artigo foi qualificado através de um score, constituído pelo somatório de todos os scores concedidos às guias individuais, normalizado para o número de questões aplicáveis ao estudo específico, sendo a classificação final a razão entre o score total e o máximo aplicável, seguindo os pressupostos referidos anteriormente (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007).

Tabela 10 - Grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado

Título - Pediatric Nurses Beliefs and Pain Management Practices: An Intervention Pilot Autor - Vincent (2013).				
VALIDADE DOS RESULTADOS	**S**	**?**	**N**	**n/a**
1. A gama de doentes foi bem definida?	2			
2. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?	2			
3. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2			
4. Os doentes foram aleatorizados?	2			
5. A aleatorização foi ocultada?	2			
6. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção-de-tratar)?	2			
7. O método de aleatorização foi explicado?	2			
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?		1		
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus fatores de prognóstico conhecido?	2			
10. Com exceção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2			
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2			
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?		1		
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?		1		
14. O seguimento (follow-up) final foi superior a 80%?	2			
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?	2			
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2			
17. Esse efeito tem importância clínica?	2			
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do médico individual?	2			
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2			
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
Total=	92.5% pontos			

Quanto à atribuição do nível de evidência científica utilizou-se a tabela 11, relativa aos níveis de evidência e graus de recomendação apresentados por Bugalho e Carneiro (2007), baseados, por sua vez, na classificação do Centre for Evidence Based Medicine de Oxford.

Tabela 11 - Nivéis de Evidência e Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Níveis de Evidência	Análise Metodológica
A	1a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna)
	1b	Ensaio clinico controlado e randomizado com intervalos de confiança curtos
	1c	Resultados do tipo “tudo ou nada”/ “todos ou nenhuns”
B	2a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna) de estudos de coorte
	2b	Estudos de corte individuais
	2c	Investigação sobre resultados (“outcomes research”) e estudos ecológicos
	3a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna) de estudos de caso-controlo
	3b	Estudos caso-controlo individuais
C	4	Estudos de série de casos (e também estudos de coorte e caso-controlo de baixa qualidade)
D	5	Opinião de peritos sem explicitação previa da metodologia de avaliação critica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolações), ou em “princípios primários

Bugalho e Carneiro (2007)

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Dos estudos identificados através dos tipos de pesquisa selecionados e da utilização da metodologia mencionada previamente, selecionaram-se estudos e realizou-se uma avaliação crítica, tendo por base os critérios de seleção adotados. O *corpus* de estudo ficou constituído por 4 estudos.

De seguida apresentam-se os principais resultados da análise dos estudos selecionados, que foram agrupados e organizados em tabelas individuais, para que se possa responder à questão de investigação. Assim, cada tabela resume as características e as dimensões dos estudos, permitindo a sua compreensão e a comparação entre eles, nomeadamente o método, participantes/amostra, objetivos e principais conclusões. Por conseguinte, apresenta-se uma síntese descritiva dos aspetos mais relevantes correspondente a cada um dos estudos que incorporaram o *corpus* desta revisão sistemática, que procura dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os critérios/*standards* de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança em idade pediátrica hospitalizada/família no manejo da dor?

O estudo transversal e analítico de Czarnecki, Simon, Thompson, Armus, Hanson, Berg, Petrie, Xiang e Malin (2011) (Estudo 1, cf. Tabela 12) teve como objetivo descrever as estratégias utilizadas pelo *Joint Clinical Practice Council of Children's Hospital of Wisconsin* para identificar as barreiras que interferem na capacidade do enfermeiro fazer uma gestão ideal da dor na criança, como contributo para a qualidade dos cuidados prestados. Contou com uma amostra de 272 enfermeiros a prestar cuidados a 236 crianças hospitalizadas em unidades de cuidados intensivos, serviço de urgência pediátrica, serviço de traumatologia e ambulatórios. A maioria dos participantes eram mulheres (83,1%) a exercer funções em unidades de internamento (79,1%), 59% tinham <10 anos de experiência profissional e 75% possuíam o bacharelado. A maioria dos enfermeiros (74,7%) prestava frequentemente cuidados a crianças com dor na sua prática profissional, 64% classificaram as suas práticas atuais de gestão da dor como "muito boas" ou "excelente". As intervenções de enfermagem na dor aguda foram avaliadas como tendo um impacto positivo na prestação de cuidados à criança. Importa referir que, antes de os enfermeiros serem solicitados para identificarem as barreiras que pudessem interferir na gestão da dor na criança na sua prática profissional, foi-lhes pedido que descrevessem quais os *standards* de qualidade dos cuidados prestados para o tratamento ideal da dor. Deste modo, os enfermeiros identificaram, como prioritário para uma boa gestão da dor, aplicar medida farmacológicas nomeadamente opióides, mas sobretudo as não farmacológicas que permitam à criança ser capaz de realizar as atividades

básicas de vida diária, ter boa higiene de sono, prestar-lhes conforto, avaliar os seus sinais vitais e intervir até a criança não ter queixas de dor, recorrendo à sua avaliação sistemática, controlando a dor preferencialmente através do uso de técnicas de distração e de relaxamento, com registos sistemáticos da avaliação da dor, bem como uma abordagem multidisciplinar.

As cinco barreiras identificadas por parte dos enfermeiros como as mais significativas a interferir na gestão da dor, foram: recomendações insuficientes da equipa médica antes dos procedimentos, tempo insuficiente para pré-medicar as crianças antes dos procedimentos, baixa prioridade dada à gestão da dor por parte da equipa médica, relutância dos pais em fazer com que a criança receba medidas farmacológicas para o alívio da dor, falta de capacidade dos enfermeiros para superar as referidas barreiras para poderem fazer uma ideal gestão da dor, bem como para aplicarem várias intervenções que pudessem controlar a dor na criança. Estas barreiras foram consideradas como limitativas de uma ideal gestão da dor na criança por parte dos enfermeiros e que consideram ter interferência direta na qualidade dos cuidados prestados.

Tabela 12 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Czarnecki et al. (2011)

Estudo 1 – Czarnecki, M.L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.L., Hanson, T.C., Berg, K.A., Petrie, J.L., Xiang, Q., & Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective, *Pain Management Nursing*, Vol. 12, 3, 154-162.	
Métodos	Estudo transversal analítico
Participantes	272 Enfermeiros a prestar cuidados a 236 crianças hospitalizadas
Intervenções	Descrição das estratégias utilizadas pelo *Joint Clinical Practice Council of Children's Hospital of Wisconsin* para identificar as barreiras que interferem na capacidade do enfermeiro fazer uma gestão ideal da dor na criança, como contributo para a qualidade dos cuidados prestados.
Resultados	As cinco barreiras identificadas mais significativas que interferem na gestão da dor por parte dos enfermeiros foram - recomendações insuficientes antes dos procedimentos por parte da equipa médica, - tempo insuficiente para pré-medicar as crianças antes dos procedimentos, - baixa prioridade dada à gestão da dor por parte da equipa médica, - relutância dos pais em fazer com que a criança receba medidas farmacológicas para o alívio da dor, - falta de capacidade dos enfermeiros para superar as referidas barreiras para poderem fazer uma ideal gestão da dor, bem como para aplicarem várias intervenções que pudessem controlar a dor na criança. Estas barreiras são limitativas de uma ideal gestão da dor na criança por parte dos enfermeiros, que consideram ter interferência direta na qualidade dos cuidados prestados. Os *standards* de qualidade dos cuidados prestados para o tratamento ideal da dor identificados pelos enfermeiros são: - avaliar os seus sinais vitais, - intervir até a criança não ter queixas de dor, recorrendo à sua avaliação sistemática - adequação dos opióides, - recurso a técnicas de conforto, distração e de relaxamento, - uma abordagem multidisciplinar.
Análise crítica da qualidade	De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo Transversal Analítico proposto pelo JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 8 respostas positivas
Nível de Evidência	Nível de evidência: B Estudo transversal analítico

Rosenberg, Klejmont, Pharm, Gallen, Fuller, Dugan, Budin e Olsen-Gallagher (2016) (Estudo 2, cf. Tabela 13) estudaram o manejo da dor em procedimentos pediátricos para a

melhoria da qualidade e padronização do procedimento em unidades de internamento. Eram objetivos do estudo aumentar o uso de anestésico tópico de 10% para 40%, melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre dor pediátrica e aumentar a satisfação dos pais face aos procedimentos em crianças hospitalizadas. Usaram métodos de melhoria da qualidade, incluindo liderança responsável, avaliação das necessidades, pequenos testes de transformação de práticas, transparência de dados e uma abordagem de treino de parceiros para implementar o protocolo do manejo da dor no procedimento pediátrico.

A amostra ficou constituída por 109 crianças hospitalizadas num centro médico académico, com 1.069 leitos. No início do estudo, apenas 10% das crianças hospitalizadas recebiam lidocaína tópica. O acesso venoso era realizado predominantemente por técnicos, enfermeiros, médicos e outros provedores independentes licenciados. No início, formaram uma pequena equipa multidisciplinar comprometida com o projeto com base nos seus diversos papéis profissionais e compromisso com a melhoria do manejo da dor no procedimento pediátrico e usaram um método inovador que assentava numa abordagem contínua da melhoria da qualidade para implementar um processo educacional e de mudança de sistema. Para compreender os recursos, a prática e a capacidade atuais, desenvolveram uma avaliação das necessidades com dados de referência qualitativos e quantitativos, incluindo pesquisas de conhecimento e prática de controlo da dor de 200 enfermeiros e médicos pediatras, incluindo barreiras ao manejo da dor no procedimento pediátrico; entrevistas com a equipa da linha de frente para avaliar a prática e as atitudes atuais; e uma revisão de literatura e *benchmarking* para os padrões baseados em evidência de manejo da dor no procedimento pediátrico.

Com base nessa extensa avaliação e discussão das necessidades, identificaram e deram prioridade aos principais fatores promotores de um efetivo manejo da dor no procedimento pediátrico, incluindo o desenvolvimento de uma política abrangente de manejo da dor baseada em evidências; sistema e mudança estrutural incluindo acesso a ferramentas tópicas de anestesia e distração; mudança de cultura; e conhecimento e habilidades, técnicas e planeamento.

Foram reconhecidas melhorias nos processos em 18 meses, após o início, incluindo o uso tópico de lidocaína de 10% para 36,5% (meta de 40%) e melhoria do conhecimento e satisfação dos pais face a estes procedimentos. A equipa de enfermagem adquiriu habilidades quanto ao uso da flebotomia nesse mesmo período de tempo, e os scores do conhecimento de dor por parte dos enfermeiros aumentaram 7%. A satisfação média dos pais em relação ao conforto do procedimento aumentou de 83% para 88%. A implementação deste programa melhorou a confiabilidade do manejo da dor em pediatria para muito melhor, garantindo a qualidade da prática.

Tabela 13 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Rosenberg, Klejmont, Pharm, Gallen, Fuller, Dugan, Budin e Olsen-Gallagher (2016)

Estudo 2 – Rosenberg, R.E., Klejmont, L., Pharm, L., Gallen, M., Fuller, J., Dugan, C., Budin, W., & Olsen-Gallagher, I. (2016). Making Comfort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management. *Hospital Pediatrics*, Vol. 6, 6, 359-368.	
Métodos	Uso de métodos de melhoria da qualidade e padronização do manejo da dor em crianças hospitalizadas. Estudo analítico transversal.
Participantes	109 crianças hospitalizadas.
Intervenções	Aumentar do uso de anestésico tópico de 10% para 40%. Métodos de melhoria da qualidade, incluindo: - liderança responsável, - avaliação das necessidades, - monitorização da transformação de práticas, - transparência dos dados e uma abordagem do treino de parceiros para implementar o protocolo do manejo da dor no procedimento pediátrico. Mediram o uso de anestésico tópico em crianças hospitalizadas, em 40% das admissões, avaliaram o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor pediátrica e a satisfação dos pais durante os procedimentos
Resultados	Após 18 meses, o uso de lidocaína tópica subiu de 10% para 36,5% em todas as crianças hospitalizadas, resultando numa mudança central. Os scores do conhecimento de dor por parte dos enfermeiros aumentaram 7%. A satisfação média dos pais em relação ao conforto do procedimento aumentou de 83% para 88%.
Conclusões	Identificaram e deram prioridade aos principais fatores promotores de um efetivo manejo da dor no procedimento pediátrico: - o desenvolvimento de uma política abrangente de manejo da dor baseada em evidências, - sistema e mudança estrutural incluindo acesso a ferramentas tópicas de anestesia e distração; - mudança de cultura; - conhecimento e habilidades; - técnicas e planeamento.
Análise crítica da qualidade	De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo Transversal Analítico proposto pelo JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 8 respostas positivas
Nível de Evidência	Nível de evidência: B Estudo transversal analítico

Grace, Yamada, Kiololo, Shorkey e Stevens (2014) (Estudo 3, cf. Tabela 14) ealizaram uma revisão sistemática da literatura, tendo incluído estudos datados de 2000 a 2013, com pesquisa na Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO e Scopus, incluindo uma pesquisa bibliográfica de literatura cinzenta através *Guidelines International Network* data base e o *National Guideline Clearinghouse*. Avaliaram sistematicamente a qualidade das diretrizes práticas existentes para o manejo da dor aguda no procedimento em crianças hospitalizadas de forma a fornecerem recomendações para seu uso.

Dos estudos analisados emergiram as seguintes recomendações: toda a equipa deve utilizar as medidas de alívio da ansiedade antes dos procedimentos; avaliação da dor em intervalos regulares; as avaliações iniciais da dor devem ser documentadas e reavaliadas em intervalos regulares; ajuste no algoritmo das escalas de avaliação da dor; a dor deve ser eliminada em recém-nascidos e crianças em todos os momentos; considerar outros fatores que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor (por exemplo, idioma, etnia e fatores culturais); informações escritas sobre o aconselhamento e a avaliação da dor devem ser fornecidas aos pais/cuidador principal para a alta hospitalar da criança; sempre que possível deve ser obtido o auto-relato das crianças, complementando a heteroavaliação com a autoavaliação da dor; se a criança não for capaz de avaliar a dor (por

exemplo, recém-nascidos, crianças pré-verbais), deve usar-se uma medida comportamental validada para avaliar a dor; seleção das escalas de avaliação da dor de acordo com a faixa etária da criança; prevenir a ansiedade antecipatória e processual da criança antes dos procedimentos envolvendo a família, musicoterapeutas, enfermeiros e outros membros da equipa na aplicação de medidas não farmacológicas; o aleitamento materno deve ser incentivado durante o procedimento sempre que possível em crianças mais pequenas; para procedimentos dolorosos ligeiros recurso a intervenções não farmacológicas (por exemplo, método canguru para recém-nascidos); utilização de sacarose para dor aguda (por exemplo, punção venosa, colocação de sonda nasogástrica); recomenda-se a anestesia tópica para a punção venosa e punção lombar e para recolha de sangue, bem como o recurso a intervenções psicológicas (por exemplo, distração ou hipnose), recurso a medidas farmacológicas (por exemplo, opiáceos) para procedimentos de dor mais intensa.

Os autores concluíram que, apesar da crescente disponibilidade de diretrizes de prática clínica para o manejo da dor em crianças, a maioria dessas diretrizes são de qualidade média, sugerindo que deve haver mais transparência e relatórios abrangentes para o processo de desenvolvimento de diretrizes a serem aplicadas em pediatria para o manejo da dor, como garantia da qualidade das práticas.

Tabela 14 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Grace, Yamada, Kiololo, Shorkey e Stevens (2014)

Estudo 3 – Grace, Y., Yamada, J., Kiololo, O'., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. *Pediatrics*, Vol. 133, 3, 500-515.	
Métodos	Revisão Sistemática da Literatura (RSL)
Participantes	8 Revisões sistemáticas sobre o manejo farmacológico e não farmacológico da dor aguda relacionada ao procedimento em crianças hospitalizadas de um a 18 anos.
Intervenções	Avaliar a qualidade das diretrizes práticas existentes para o manejo da dor aguda no procedimento em crianças hospitalizadas e fornecer recomendações para seu uso.
Resultados	- a equipa deve utilizar as medidas de alívio da ansiedade antes dos procedimentos; - avaliação da dor em intervalos regulares; - as avaliações iniciais da dor devem ser documentadas e reavaliadas em intervalos regulares ajuste no algoritmo das escalas de avaliação da dor - a dor deve ser eliminada em recém-nascidos e crianças em todos os momentos; - considerar outros fatores que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor (por exemplo, idioma, etnia e fatores culturais); - informações escritas sobre o aconselhamento e a avaliação da dor devem ser fornecidas aos pais/cuidador principal para a alta hospitalar da criança; -sempre que possível,deve ser obtido o auto-relato das crianças, complemento a heteroavaliação com a autoavaliação da dor; - se a criança não for capaz de avaliar a dor (por exemplo, recém-nascidos, crianças pré-verbais),deve usar-se uma medida comportamental validada para avaliar a dor; - seleção das escalas de avaliação da dor de acordo com a faixa etária da criança, - prevenir a ansiedade antecipatória e processual da criança antes dos procedimentos com envolvimento da família, de musicoterapeutas, enfermeiros e outros membros da equipa na aplicação de medidas não farmacológicas; - o aleitamento materno deve ser incentivado durante o procedimento sempre que possível em crianças mais pequenas; - recuso a intervenções não farmacológicas (por exemplo, método canguru para recém-nascidos) para procedimentos dolorosos ligeiros; - utilização de sacarose para dor aguda (por exemplo, punção venosa, colocação de sonda nasogástrica); - recomenda-se a anestesia tópica para a punção venosa recolha de sangue e punção lombar também em crianças mais velhas; - recurso a intervenções psicológicas (por exemplo, distração ou hipnose), - recurso a medidas farmacológicas (por exemplo, opiáceos) para procedimentos de dor mais intensa.
Conclusões/ Implicações práticas	Concluíram que, apesar da crescente disponibilidade de diretrizes de prática clínica para o manejo da dor em crianças, a maioria dessas diretrizes são de qualidade média, sugerindo que deve haver mais transparência e relatórios abrangentes para o processo de desenvolvimento de diretrizes a serem aplicadas em pediatria para o manejo da dor, como garantia da qualidade das práticas.
Nível de evidência	Nível de Evidência A – Revisão sistemática da literatura

Vincent (2013) (Estudo 4, cf. Tabela 15) avaliou a viabilidade do protocolo baseado na *avaliação online* para aliviar a dor das crianças com o objetivo de melhorar o controlo da dor na criança por parte dos enfermeiros. O protocolo é uma intervenção baseada na *Kolb's Experiential Learning Theory*. Usaram um grupo, pré/pós-teste, para avaliar a viabilidade do protocolo e a diferença das crenças dos enfermeiros e as práticas reais e simuladas de gestão da dor. Foi aplicado o *Pain Beliefs and Practices Questionnaire* (PBPQ) a vinte e quatro enfermeiros que prestavam cuidados a recém-nascido, antes e depois de completarem o protocolo e uma Escala de Aceitabilidade (*Scale afterward*), a posteriori. As pontuações totais médias do PBPQ melhoraram significativamente do pré para o pós-teste, assim como as pontuações das práticas simuladas. Após o protocolo para aliviar a dor das

crianças na prática hospitalar, os enfermeiros administraram significativamente mais ibuprofeno e keterolac e a intensidade da dor das crianças diminuiu significativamente. Os resultados mostraram fortes evidências para a viabilidade de um protocolo baseado em avaliação online para aliviar a dor das crianças e mais formação para os enfermeiros, de modo a melhorarem significativamente as suas crenças e práticas de gestão da dor.

O protocolo *de* acesso online para aliviar a dor das crianças tinha como indicadores de viabilidade: (a) o tempo necessário para os enfermeiros concluírem a formação sobre o protocolo; (b) a sua aceitabilidade; (c) a percentagem de enfermeiros que participaram e completaram o estudo; (d) o número de registos médicos obtidos que incluíam a documentação dos analgésicos prescritos e administrados; e (e) pré/pós mudança nos scores sobre as crenças dos enfermeiros (legitimidade do auto-relato da dor, efeitos da dor não aliviada, uso de analgésicos, cinética opióide), práticas de gestão da dor (práticas simuladas - avaliação da dor e administração de opióides, no estudo de caso. Todos os participantes relataram que, após a visualização do protocolo para aliviar a dor das crianças, o seu conhecimento sobre os problemas de gestão da dor aumentou e que este módulo de aprendizagem seria bem recebido por outros profissionais de saúde. Todos os participantes, com exceção de um enfermeiro, concordaram que gostavam de usar este tipo de protocolo para aliviar a dor das crianças, sentiam que os materiais audiovisuais retratavam situações da vida real e que a aprendizagem e-learning era uma boa maneira de participarem na formação contínua.

Os resultados mostraram uma diminuição significativa nos níveis de dor das crianças (5,22 para 4,77, $p < 0,001$) e notável melhoria na administração de analgésicos disponíveis pelos enfermeiros. A maioria dos analgésicos prescritos e administrados foram paracetamol, ibuprofeno, keterolac e morfina. Enfermeiros administraram significativamente mais doses de keterolac (49,5% para 54,2%, $p < 0,05$) e ibuprofeno (39,5% para 52,7%, $p < 0,05$) após a intervenção. Da mesma forma, os enfermeiros administraram mais (embora não significativamente mais) morfina após a intervenção (27,1% para 31,4%, $p = 0,28$). Os enfermeiros, no entanto, administraram quantidades semelhantes de acetaminofeno no pré- e pós-teste (34,7% e 35,7%, $p = 0,60$).

Tabela 15 – Síntese da evidência relativa ao estudo de Vincent (2013)

Estudo 4 – Vincent, K.V.H. (2013). Pediatric Nurses' Beliefs and Pain Management Practices: An Intervention Pilot. West J *Nurs Res*.; 33(6,: 825–845. doi:10.1177/0193945910391681	
Métodos	Estudo controlado randomizado, com pré e pós teste de um grupo experimental
Participantes	Enfermeiros e recém-nascidos
Intervenções	Avaliação da viabilidade de um protocolo baseado na pesquisa online para o alívio da dor em crianças e para melhorar o controlo da dor pediátrica pelos enfermeiros.
Resultados	Após a formação sobre o protocolo divulgado online, as pontuações totais médias para alivio da dor na criança melhoraram significativamente, assim como as pontuações das práticas simuladas. Após a aplicação na prática hospitalar real do protocolo, os enfermeiros administraram significativamente mais ibuprofeno e keterolac e a intensidade da dor das crianças diminuiu significativamente. Os resultados mostraram fortes evidências para a viabilidade de um protocolo para aliviar a dor das crianças disponível online e mais formação para os enfermeiros ao nível das práticas de gestão da dor na criança.
Conclusões	Os resultados mostraram uma diminuição significativa nos níveis de dor das crianças e notável melhoria na administração de analgésicos pelos enfermeiros.
Análise crítica da qualidade	92,5%
Nível de Evidência	Nível de Evidência: A Estudo controlado randomizado

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A gestão adequada da dor tem-se assumido como alvo de crescente preocupação nos cuidados de saúde em Portugal. Atendendo a tal, em 2003, a Direção-Geral da Saúde de Portugal (DGS, nº 09/DGCG, 14/06/2003) instituiu uma norma que classifica "a dor como o 5º Sinal Vital", reconhecendo a dor como um sintoma que está presente na maioria das situações que exigem cuidados de saúde, preconizando que o seu eficaz controlo é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo indispensável para a qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2003). Este passo foi posteriormente completado com a divulgação do "Programa Nacional de Controlo da Dor" (DGS, 2008) e mais tarde com informações relativas às especificidades dos diversos grupos etários (DGS, 2010).

Os benefícios adicionais reconhecidos de uma boa gestão da dor, incluem a redução do tempo de internamento, diminuição das taxas de readmissão, melhor recuperação global, melhor qualidade de vida do doente e diminuição dos custos para os doentes, independentemente da sua faixa etária, e para o sistema de saúde (Glowacki, 2015, p. 35).

A boa gestão da dor em pediatria deverá seguir normas instituídas de boa prática, contudo, para a sua consecução têm sido identificadas barreiras que dificultam a aplicação dessas normas.

Um dos estudos incluídos nesta RSL, estudo transversal e analítico de Czarnecki et al. (2011), objetivou descrever as estratégias utilizadas pelo *Joint Clinical Practice Council of Children's Hospital of Wisconsin* para identificar as barreiras que interferem na capacidade do enfermeiro fazer uma gestão ideal da dor na criança, como contributo para a qualidade dos cuidados prestados em unidades de internamento/ambulatório de atendimento pediátrico de agudos. O estudo registou cinco barreiras que interferem na gestão da dor por parte dos enfermeiros:

- recomendações insuficientes antes dos procedimentos por parte da equipa médica,

- tempo insuficiente para pré-medicar as crianças antes dos procedimentos,

- baixa prioridade na gestão da dor por parte da equipa médica,

- relutância dos pais em fazer com que a criança receba medidas farmacológicas para o alívio da dor,

- falta de capacidade dos enfermeiros para superar as referidas barreiras para poderem fazer uma ideal gestão da dor, bem como para aplicarem várias intervenções que pudessem controlar a dor na criança.

Ficou demonstrado que estas barreiras são impeditivas de uma ideal gestão da dor na criança hospitalizada por parte dos enfermeiros, que consideram ter interferência direta na qualidade dos cuidados prestados.

Os *standards* de qualidade dos cuidados prestados para o tratamento ideal da dor identificados pelos enfermeiros foram (Czarnecki et al., 2011):

- abordagem multidisciplinar;

- intervir até a criança não ter queixas de dor, ,

- avaliar a dor de forma sistemática através de instrumentos válidos seguros e clinicamente sensíveis e restantes sinais vitais;

- adequação dos opióides;

- recurso a técnicas de distração, conforto e de relaxamento;

Estes resultados corroboram a DGS (Norma 014/2010, p.1), segundo a qual é de extrema importância fazer-se uma avaliação da intensidade da dor, quanto à quantificação da sensação dolorosa com recurso a instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo-se sempre em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Segundo a DGS 2003, a gestão da dor em pediatria deve ser definida como norma de boa prática devendo a sua presença e a sua intensidade ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. De igual modo, Almeida (2015) refere que a gestão diferenciada da dor implica a obrigatoriedade da sua avaliação, registos sistemáticos e valorização da sua importância (Almeida, 2015).

A OE (2013) preconiza que o enfermeiro deve prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como recorrer a intervenções não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas, o que se poderá revelar de grande eficácia se associadas a uma preparação psicológica da criança e pais/cuidador principal para os procedimentos.

A avaliação da dor entre lactentes e crianças sempre foi uma tarefa muito difícil, principalmente porque as crianças dificilmente podem expressar ou explicar o nível de intensidade da dor, dificultando, assim, muitas vezes a intervenção dos enfermeiros de forma adequada (Crellin, 2015). É importante conhecer a causa da dor, o que auxilia na gestão da dor e na decisão como a controlar. Ao fazer um diagnóstico devido à alteração do estado de conforto ou de dor, o enfermeiro tem o papel de avaliar principalmente os sinais fisiológicos e comportamentais relacionados com a dor/mal-estar. O principal objetivo da sua

avaliação é obter informações mais autênticas sobre a localização, a intensidade da dor e os efeitos que esta causa na criança quer física, quer psicologicamente.

Neste sentido, faz-se referência ao estudo de Grace et al. (2014), no qual se avaliou, através de uma RSL, a qualidade das diretrizes práticas existentes para o manejo da dor aguda em procedimentos em crianças hospitalizadas, de forma a fornecer recomendações para seu uso, tendo resultado nas seguintes:

- toda a equipa deve utilizar as medidas de alívio da ansiedade antes dos procedimentos;

- a dor deve ser eliminada em recém-nascidos e crianças em todos os momentos, considerando outros fatores que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor (por exemplo, idioma, etnia e fatores culturais)

- as avaliações iniciais da dor devem ser documentadas e reavaliadas em intervalos regulares;

- ajuste no algoritmo das escalas de avaliação da dor com seleção de acordo com a faixa etária da criança;

- informações escritas sobre o aconselhamento e a avaliação da dor devem ser fornecidas aos pais/cuidador principal para a alta hospitalar da criança;

- sempre que possível deve ser obtido o auto-relato das crianças, enquanto complemento à heteroavaliação;

- se a criança não for capaz de avaliar a dor (por exemplo, recém-nascidos, crianças pré-verbais), deve usar-se uma medida comportamental validada para avaliar a dor;

- aplicação de medidas não farmacológicas para prevenir a ansiedade antecipatória e processual da criança antes dos procedimentos com envolvimento da família, por parte de enfermeiros, musicoterapeutas e outros membros da equipa ;

- o aleitamento materno deve ser incentivado durante os procedimentos sempre que possível em crianças mais pequenas;

- recurso a intervenções não farmacológicas (por exemplo, método canguru para recém-nascidos) para procedimentos dolorosos ligeiros.

- utilização de sacarose para dor aguda (por exemplo, punção venosa, entubação nasogástrica);

- em crianças mais velhas, anestesia tópica para a punção venosa, colheita de sangue e punção lombar;

- recurso a intervenções psicológicas (por exemplo, distração ou hipnose), recurso a medidas farmacológicas (por exemplo, opiáceos) para procedimentos de dor mais intensa.

Neste sentido, o estudo deixa bem patente uma sequência organizada e clara para a gestão da dor em pediatria podendo esta ser definida enquanto norma de boa prática. A gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, registos sistemáticos e à valorização da sua importância (Almeida, 2015).

É que o sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003). Deste modo, a escolha dos instrumentos de avaliação da dor devem atender “ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais” (Ordem dos Enfermeiros, 2008 p. 16). Por conseguinte, “a aquisição e atualização de conhecimentos sobre Dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.19). A mesma entidade afirma que a “efetividade do controlo da Dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da Dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 20).

A gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, os registos sistemáticos e a valorização da sua importância (Almeida, 2015). A experiência de dor é singular na sua perceção e resposta, dado que é influenciada por fatores, biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais, a ter em conta na avaliação da dor nas crianças, como recomendado no estudo de Grace et al. (2014). Como tal, tem de ser quantificada, não podendo ser corretamente avaliada se for baseada apenas na subjetividade, experiência individual, critérios e indicadores de cada profissional de saúde. A avaliação e a quantificação adequadas da dor exigem a utilização de escalas validadas, devendo ser realizadas de forma regular e sistemática às crianças hospitalizadas, tendo em consideração o estado clínico e idade (Batalha, 2013).

Vincent et al (2013), realizaram um estudo em que pretendiam verificar a viabilidade de um o protocolo para alivio da dor das crianças *divulgado* online com o objetivo de melhorar o controlo da dor na criança por parte dos enfermeiros. O estudo concluiu que os enfermeiros reconheceram a necessidade de mais formação, no sentido de melhorarem significativamente as suas crenças e práticas de gestão da dor. A divulgação do protocolo revelou uma diminuição significativa nos níveis de dor das crianças face à notável melhoria na administração de analgésicos disponíveis pelos enfermeiros, nomeadamente

paracetamol, ibuprofeno, keterolac e morfina, o que relevou uma melhoria no seu manejo da dor.

Rosenberg et al. (2016) estudaram o manejo da dor em procedimentos pediátricos, como melhoria da qualidade e padronização deste indicador em unidades de internamento. Tinham como objetivos aumentar o uso de anestésico tópico de 10% para 40%, melhorar o conhecimento da dor pediátrica por parte de enfermeiros e aumentar a satisfação dos pais face aos procedimentos em crianças hospitalizadas. O desfecho primário do estudo revelou melhoria das taxas de uso de anestésico tópico, concluindo-se que o uso de lidocaína tópica é uma estratégia fundamental para diminuir a dor secundária a flebotomia, infiltração intravenosa e incisão. Os scores do conhecimento sobre manejo da dor por parte dos enfermeiros aumentaram 7% e a satisfação média dos pais em relação ao conforto do procedimento aumentou de 83% para 88%.

Também Oliveira (2008) faz referência à atuação do enfermeiro perante a criança/família sujeita a procedimentos traumáticos, por considerar de extrema importância a preparação para o procedimento, uma vez que os procedimentos traumáticos, percecionados como agentes externos (atos de enfermagem e/ou médicos) que irão causar dor física e/ou psicológica, são considerados como das situações mais stressantes e dolorosas para a criança e pais/cuidador principalmente durante a hospitalização. Assim, torna-se primordial preparar a criança e os pais/cuidador principal para os procedimentos. O controlo da dor é um direito que assiste a todas as pessoas e "atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento" (OE, 2013, p.5).

A dor na criança caracteriza-se por uma vasta variabilidade na forma como se expressa, o que se deve às especificidades desenvolvimentais de cada grupo etário, estando associadas à experiência dolorosa, ao medo e a ansiedade, que dificultam quer a avaliação da dor, quer a tomada de decisão dos enfermeiros no que se refere à intervenção. Assim sendo, é de extrema importância que os enfermeiros, em parceria com os pais/cuidador principal, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, para que possam intervir corretamente (OE, 2013). Ainda em conformidade com a mesma fonte, o reconhecimento da individualidade da dor na criança e a sua variação, quer na perceção, na manifestação, quer nas respostas alcançadas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, auxiliando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão, bem como planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2013).

3.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Sendo a dor um fenómeno subjetivo, a sua avaliação é difícil, o que se assume como um desafio acrescido para os enfermeiros que prestam cuidados às crianças (Amaral-Bastos e Sousa, 2014). Apesar de trabalhoso e exigente, este método de investigação revelou-se estimulante, principalmente pelo interesse profissional, pois considerou-se ser o caminho mais adequado para dar resposta a uma inquietação da prática e que percebemos ser transversal aos diversos países.

Os resultados evidenciados no presente estudo expressam a tendência da investigação produzida neste âmbito e proporcionam o ponto de vista dos autores, fornecendo suporte para intervenções de enfermagem fundamentadas e a implementar para a melhoria da qualidade das práticas. Considerámos importante agrupar em quadro estas recomendações para uma mais fácil visualização, mas igualmente para sistematizar as informações mais pertinentes retiradas dos estudos incluídos nesta RSL.

Tabela 13 - Recomendações após a análise dos estudos incluídos

Autor	Recomendações/ Standards
Czarnecki et al. (2011)	A abordagem da dor deve ser multidisciplinar. A equipa de enfermagem deve efetuar a avaliação sistemética da dor e restantes sinais vitais. Intervir até que a criança não apresente dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente com medidas de conforto, técnicas de distração e de relaxamento
Rosenberg et al. (2015)	O uso de lidocaína tópica é uma estratégia fundamental para diminuir a dor secundária a flebotomia, infiltração intravenosa e incisão cutânea na criança.
Grace et al. (2014)	Toda a equipa deve utilizar as medidas de alívio da ansiedade antes dos procedimentos; Ajuste no algoritmo das escalas de avaliação da dor; A dor deve ser eliminada em recém-nascidos e crianças em todos os momentos; Considerar outros fatores que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor (por exemplo, idioma, etnia e fatores culturais); Informações escritas sobre o aconselhamento e a avaliação da dor devem ser fornecidas aos pais/cuidador principal para a alta hospitalar da criança; Deve ser sempre obtido o auto-relato das crianças, sempre que possível, complemento a heteroavaliação com a autoavaliação da dor; Se a criança não for capaz de avaliar a dor (por exemplo, recém-nascidos, crianças pré-verbais), deve usar-se uma medida comportamental validada para avaliar a dor; avaliação da dor em intervalos regulares; As avaliações iniciais da dor devem ser documentadas e reavaliadas em intervalos regulares; Seleção das escalas de avaliação da dor de acordo com a faixa etária da criança; Envolvimento da família, de musicoterapeutas, enfermeiros e outros membros da equipa na aplicação de medidas não farmacológicas para prevenir a ansiedade antecipatória e processual da criança antes dos procedimentos; O aleitamento materno deve ser incentivado durante o procedimento sempre que possível em crianças mais pequenas; Utilização de sacarose para dor aguda (por exemplo, punção venosa, colocação de sonda nasogástrica); Recuso a intervenções não farmacológicas (por exemplo, método canguru para recém-nascidos) para procedimentos dolorosos ligeiros. Em crianças mais velhas, recomenda-se a anestesia geral tópica para recolha de sangue e punção lombar, bem como o recurso a intervenções psicológicas (por exemplo, distração ou hipnose), recurso a medidas farmacológicas (por exemplo, opiáceos) para procedimentos de dor mais intensa.
Vincent (2013)	O protocolo para alívio da dor das crianças divulgado online permitiu aumentar os conhecimentos dos enfermeiros e contribuiu para práticas de qualidade. Existe evidência do impacto da formação contínua dos enfermeiros na gestão e controlo da dor na criança, nomeadamente na valorização da administração de analgésicos.

CONCLUSÃO

A promoção de cuidados de enfermagem baseados na evidência são fundamentais para a prestação de cuidados de excelência, constituindo um dos principais focos na enfermagem de saúde infantil e pediátrica e tendo como principal objetivo o superior interesse da criança e a sua saúde.

De modo a responder à questão de investigação e aos objectivos subjacentes, recorreu-se a uma RSL, uma abordagem metodológica credível que proporciona resultados expressivos e fiáveis acerca da temática analisada, pela sua qualidade metodológica e pela forma sistemática e ordenada com que são realizados, contribuindo desta forma para a melhoria e uniformização da prática clinica. A RSL proporciona aos profissionais de saúde recomendações efectivas para a sua prestação de cuidados diária, com base em evidências científicas.

A qualidade é um tema muito valorizado e presente nos quadros da administração de saúde portuguesa. A sua evolução tem vindo a sofrer diversas mudanças, com fases de grande progresso e outras de grande indefinição. Definir padrões de qualidade em enfermagem é fundamental, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Esperamos com esta RSL, contribuir de forma ativa para a melhoria dos cuidados prestados, no que respeita à gestão e controlo da dor em pediatria. As evidências apresentadas devem fazer-nos reflectir, individualmente, e em equipa, acerca da nossa atuação diária enquanto enfermeiros na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, este trabalho revela-se uma mais-valia para os profissionais de saúde, dado que salienta as principais recomendações divulgadas nos estudos de qualidade científica que foram alvo da nossa análise, representando assim uma linha orientadora na gestão e controlo da dor em crianças/ adolescentes hospitalizadas, de forma a uniformizar cuidados nesta área levando a uma prática de excelência e contribuindo para o aperfeiçoamento do desempenho profissional dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, V.L.B. (2015). *A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitiva*s. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV). http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3052/1/ALMEIDA%2C%20VeraLuciaBarbosa%20DM.pdf

Barbosa, T.L.A. (2011). Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. Rev Dor, 12, 314-20.

Batalha, L. M. C. (2005). As dificuldades na quantificação exacta da dor. *Servir*. 53(4), 166-174.

Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Biscaia, J. (2000). Qualidade em Saúde uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*, 6-10.

Blasi, D.G., Candido, L.K. de, Tacla, M.T.G.M., & Ferrari, R.A. (2015). Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, 36(1 supl), 301-310.

Chafe, R., Harnum, R., & Porter, R. (2016). Improving the Treatment and Assessment of Moderate and Severe Pain in a Pediatric Emergency Department. *Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Management*,1-6 Article ID 4250109, 6 pages http://dx.doi.org/10.1155/2016/4250109

Chaves, A.A.N. ((2017). *A Dor numa UCINP: Conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no primeiro ano de vida*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21126/1/TESE%202017.pdf

Crellin, D. (2015). A. Analysis of the validation of existing behavioral pain and distress scales for use in the procedural setting. *Paediatr Anaesth*, 17.

Czarnecki, M.L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.L., Hanson, T.C., Berg, K.A., Petrie, J.L., Xiang, Q., & Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective, *Pain Management Nursing*, 12(3), 154-162.

Despacho n.º 14223/2009. (2009, Junho 24). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da Republica, 2*(120), pp. 24667-24669. Acedido em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf~

Decreto-Lei nº 234/2008. (2008, Dezembro 2). Alteração ao Decreto -Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro: Lei orgânica do Ministério da Saúde. *Diário da República, 1(*233), pp. 8600-8608. Acedido em https://dre.pt/application/conteudo/440817

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.

Dong, L., Donaldson, a., Metzger, R., & Keenan, H. (2012). Analgesic administration in the emergency department for children requiring hospitalization for long-bone fracture. *Pediatric Emergency Care*, 28(2), 109–114.

Ercole, F.F., Melo, L.S. de, & Alcoforado, C.L.G.C. (2014). Integrative Review versus Systematic Review. *Rev Min Enferm*., *18*(1), 1-260. Acedido em http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904

Figueiredo, C.I.P. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Acedido em http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20-%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf

Fournier-Charrièr, É. (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Spirale*, 42(2), 34-48.

Grace, Y., Yamada, J., Kiololo, O'., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. *Pediatrics*, 133, (3), 500-515.

Grant, M., Ferrell, B., Hanson, J., Sun, V., & Uman, G. (2011). The enduring need for the Pain Resource Nurse (PRN) training program. *Journal of Cancer Educ*ation, 26(4), 598–603. https://doi.org/10.1007/s13187-011-0268-1

Green, S., Higgins, J.P.T., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C.D., e Oxman, A.D. (2011). Introducti on. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systemati c Reviews of Interventi ons Version 5.0.1*. Melbourne: The Cochrane Collaborati on. Disponível em: www.cochrane-handbook.org

Hockenberry,. M., & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Volume I. New York: ELSEVIER Inc.

Institute of Medicine. *Health quality*. JAMA:The Jour al of the American Medical Association, 260(12), 1743–1748.

International Association for the Study of Pain. (2018). *Definition of pain*, 3(2), e643. doi: 10.1097/PR9.0000000000000643. Acedido em

https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/04000/The_International_Association_for_the_Study_of.2.aspx

International Coucil of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Katende, G., & Mugab, B. (2015). Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study. *BMC Pediatrics*, 15:122. doi 10.1186/s12887-015-0438-0

Larner, D. (2014). Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*, *3*(15), 707-717.

Latina, R., Mauro, L., Mitello, L., D'Angelo, D., Caputo, L., De Marinis, M. G., & Baglio, G. (2015). Attitude and knowledge of pain management among Italian nurses in hospital settings. *Pain Management Nursing*, *16*(6), 959–967. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.10.002

Legido-Quigley, Helena [et al] (2011). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action. European Observatory on Health Systems and Policies*. Acedido em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf

Machado, N.J.B. (2014). *Gestão da qualidade descuidados de enfermagem: um modelo de mehoraria contínua baseado na reflexão-ação* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica). Acedido em https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14957

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem. Acedido em filePadroes%20Qualidade%20Cuidados%20Enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002*). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros, pp. 39-42.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Conselho de Enfermagem Dor. Guia orientador de boa prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, I (1), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2006). *Trabalhando juntos, em um*. Relatório Mundial de Saúde 2006. Acedido em https://www.who.int/whr/2006/06_chapter7_pr.pdf

Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, *27*(4), 491-8.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDo). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em *https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.asp..*

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010). *Norma nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2010, Outubro 14). *Orientação nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em https://www.dgs.pt/?cr=16946

Pölkki, T, Laukkala, H., Vehviäinen-Julkunen, K., & Pietila, A-M. (2003). Fatores que influenciam o uso dos enfermeiros de métodos não farmacológicos de alívio da dor em pacientes pediátricos. *Scandinavian Jornal of Caring Ciências*. Acedido em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640

Ramira, M.L., Instone, S., & Clark, M.J. (2016). Pediatric Pain Management: An Evidence-Based Approach, 41(1), 39-49.

Regulamento n.º 123/2011. (2011, Fevereiro 18). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2*(35), pp. 8653-8655. Acedido em https://dre.pt/application/conteudo/3477012

Ribeiro, A.L.A. (2013). *A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto). Acedido em https://repositorio.ucp.pt/.../TESE_Modelo%20de%20acompanhamento%20Dor%20Cro..

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. Lisboa: Linha Editorial.

Rosenberg, R.E., Klejmont, L., Pharm, L., Gallen, M., Fuller, J., Dugan, C., Budin, W., & Olsen-Gallagher, I. (2016). Making Comfort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management. *Hospital Pediatrics*, 6(6), 359-368.

Vincent, K.V.H. (2013). Pediatric Nurses' Beliefs and Pain Management Practices: An Intervention Pilot. West J *Nurs Res*. 33(6), 825–845. doi:10.1177/0193945910391681.

Weng, Y.-M., Chang, Y.-C., & Lin, Y.J. (2011). (2011).Triage pain scales cannot predict analgesia provision to pediatric patients with long bone fracture. *The American. Journal of Emergency Medicine, 28*(4), 412–417.

Zhu, L.M. Stinson, J., Palozzi, L., Weingarten K., Mary-Ellen Hogan, M-H. (2012). Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted. K*nowledge translation initiative*, 17(3), 173-179.