

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 11, Número 1, 2003

Volume monotemático

OS ENFERMEIROS E A DOR NA CRIANÇA

Autor: *Luís Manuel Cunha Batalha*
(Vencedor do 2º prémio Grunenthal-DOR 2002)

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra
António Palha
Aquiles Gonçalo
Armando Brito e Sá
Cardoso da Silva
Daniel Serrão
(P^o) Feytor Pinto
Gonçalves Ferreira
Helder Camelo
João Duarte
Jorge Tavares
José Luis Portela
José Manuel Castro Lopes
Maia Miguel
Martins da Cunha
Nestor Rodrigues
Robert Martins
Walter Oswald
Zeferino Bastos

Sumário

Editorial	3
<i>José Manuel Caseiro</i>	
Mensagem do Presidente da APED	4
<i>José Manuel Castro Lopes</i>	
Introdução	6
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
Capítulo I – A experiência dolorosa na criança	6
1. O Significado da dor/sofrimento	8
2. Neurofisiologia da dor	9
2.1. Teorias da dor	10
3. Factores que influenciam a dor	12
4. Respostas à dor	15
5. Avaliação da dor	16
Capítulo II – A expressão do cuidado à criança com dor e sua família	18
1. Teorias de suporte no cuidar	18
2. Intervenção farmacológica	19
3. Intervenção não farmacológica	21
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
Capítulo III – Metodologia	24
1. Tipo de investigação	24
2. População	25
3. Pergunta de partida	25
4. Variáveis e sua operacionalização	25
5. Instrumento de colheita de dados	25
6. Procedimentos utilizados na colheita dos dados	27
7. Tratamento estatístico	27
Capítulo IV – Apresentação e análise dos dados	28
1. Caracterização da população, autoavaliação e saberes e práticas de cuidados	28
2. Variáveis sociodemográficas, autoavaliação e saberes e práticas de cuidados	29
Capítulo V – Discussão	30
1. Discussão dos resultados	30
Conclusões	33
Bibliografia	35
Anexos	37



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2003 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 - 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel totalmente livre de cloro



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364-00
Ref.: 254AP031

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial

2003: O 15^o aniversário das Unidades de Dor Aguda

José Manuel Caseiro

Enquanto americanos (B. Ready) e alemães (C. Maier) disputam a paternidade das Unidades de Dor Aguda, já que ambos, em 1988, defenderam esse conceito organizacional para a analgesia pós-operatória, interrogamo-nos porque motivo não se conseguirá, em Portugal, que a ideia vingue e seja, mais do que apadrinhada por alguns, verdadeiramente exigida por todos.

Várias razões têm sido apontadas, como a insensibilidade de quem gere e administra a saúde, a falta de interesse dos cirurgiões que verão nesse tipo de organização uma “invasão” do pós-operatório dos “seus” doentes e até a falta de exigência destes na obtenção de uma boa analgesia.

Mas se quisermos ser honestos, não poderemos deixar de acusar, também, os próprios anestesistas que, gostando muito de discutir o tema e de teorizar sobre ele, acabam por ser sempre (ou quase sempre) os primeiros a não cumprir com rigor o papel que lhes deve caber no alívio da dor cirúrgica.

A obrigatoriedade de seguir o pós-operatório imediato, faz parte das exigências profissionais do anesthesiologista, independentemente de se encontrar ou não organizada essa tarefa no serviço em que cada um esteja inserido. Não é o facto de se estruturar um programa organizacional de analgesia do pós-operatório que, por si só, levará a que aqueles que, por norma, abdicam de cumprir essa obrigação o passem a fazer.

Mais preocupante ainda, é que não o fazendo, também não se sintam mínimamente incomodados por isso, desvalorizando, por conveniência própria, essa missão e assistindo à sua volta a idêntica reacção em cadeia: os cirurgiões não reclamam, os superiores hierárquicos não os chamam à atenção, os doentes não protestam (ou se o fazem, vai-se-lhes dizendo que têm que ter paciência, quando não os

rotulam mesmo de piegas) e as administrações desconhecem ou ignoram o que se vai passando – até hoje, que eu tenha conhecimento, não houve um só exemplo no nosso País em que a iniciativa de uma Unidade de Dor Aguda tenha partido de um órgão administrativo.

Há manifestamente um défice de importância e de prioridade no combate à dor em Portugal e, particularmente, à dor do pós-operatório, que para a generalidade das mentalidades –profissionais de saúde assumidamente incluídos– não passa de uma fatalidade: “foi operado, tem que doer”!

É cultural, dirão alguns. É cómodo, afirmo eu.

Pergunto-me muitas vezes o que pensará de si próprio um anestesista que, no dia seguinte ao de ter anestesiado um doente, não o vai visitar. Achará normal? Entenderá que não lhe compete? Confiará completamente na preparação do cirurgião, no que diz respeito aos fármacos e técnicas analgésicas? Sentir-se-á realizado como clínico e, particularmente como anestesista? Será isso que pretende que lhe aconteça quando um dia tiver que ser operado? Ser-lhe-á absolutamente indiferente? E se for o seu filho?

Vejo, desanimado, que não têm sido evidentes os progressos nesta área e que aqueles que mais têm dado de si próprios por esta causa, não têm sido tão bem sucedidos como desejavam ou pensaríamos que podiam ser.

Pelo caminho, vão sendo rotulados de fundamentalistas da analgesia e ganhando forças para manterem o combate contra a incompreensão e o imobilismo que, nos tempos que correm, poderão vir a ter mais um fortíssimo aliado: as SA.

Prevejo que apenas reste aos nossos doentes, durante este ano de 2003, o lastimarem-se por serem portugueses e, sem alternativa, aproveitarem a celebração dos 15 anos de existência internacional das Unidades de Dor Aguda para, nos seus pós-operatórios, cantarem o “parabéns a você”.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Este número da Revista Dor contem o trabalho galardoado com o 2º Prémio DOR 2002 atribuído pela Fundação Grünenthal. Trata-se de um trabalho realizado por um professor da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, em Coimbra, que tem dedicado grande parte da sua experiência profissional à enfermagem pediátrica.

Não é este o local nem o momento para me pronunciar sobre as virtudes, os méritos ou os defeitos do trabalho em causa, até porque tive oportunidade de o fazer durante a reunião do júri que avaliou todos trabalhos que se candidataram ao referido prémio. Gostaria sim, de salientar o facto de o autor ser um profissional de enfermagem, de outro profissional de enfermagem ser autor de um trabalho galardoado com uma Menção Honrosa, e de 40% dos trabalhos a concurso serem assinados por enfermeiros.

O papel dos profissionais de enfermagem no combate à dor é reconhecidamente fundamental. A APED assim o entende, e a demonstrá-lo está o elevado número de enfermeiros associados da APED, e o facto de um dos elementos da Direcção ser igualmente um enfermeiro.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) publicou um currículo específico para aqueles profissionais de saúde, que assenta nos seguintes princípios:

1. A dor deve ser encarada como uma experiência multidimensional que tem muitos componentes para além da nocicepção, incluindo componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, de desenvolvimento, comportamentais e culturais, e todos eles podem influenciar a percepção da dor e consequente resposta.
2. A dor deve ser avaliada regularmente de forma adequada e sistemática, e esta avaliação deve ser considerada como parte integrante do tratamento.
3. A avaliação e tratamento da dor, parte integrante dos cuidados de enfermagem, tem que ser contínua e envolver o paciente.
4. A avaliação e tratamento da dor deve ser registada de forma facilmente acessível e claramente visível; a avaliação da dor serve de guia para a terapêutica e não deve ser considerada uma finalidade por si só.

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a grande maioria das situações pa-

tológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da dor é um dever de todos os profissionais empenhados na prestação desses cuidados, e um direito dos doentes que dela padecem. Assim, a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor decidiu submeter ao Senhor Alto Comissário para a Saúde, de quem depende, um documento que propõe a elaboração de uma norma, a enviar a todas as Unidades de Saúde, tornando obrigatório o registo da intensidade da dor nas folhas do processo clínico. Esse registo deverá ser efectuado a par com os 4 sinais vitais "clássicos", tornando-se assim a dor no 5º sinal vital. Trata-se de um passo fundamental para a melhoria dos cuidados analgésicos, especialmente mas não exclusivamente no período pós-operatório, que facilitará a criação de Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória, proporcionará a diminuição da incidência e morbilidade de algumas complicações associadas a certas patologias, e contribuirá decisivamente para a indispensável humanização das Unidades de Saúde.

Embora o papel dos enfermeiros no combate à dor não esteja de modo algum restrito à sua avaliação, é óbvio que sem estes profissionais não será possível atingir o objectivo de transformar a dor no 5º sinal vital. Estou absolutamente convicto de que a sua colaboração será imediata, tendo em vista o interesse dos doentes. Mas não basta querer, é necessário também saber. Do inquérito realizado pela APED às Escolas de Enfermagem ressaltou a ideia de que o ensino da dor é bem mais "acarinhado" nessas escolas do que nas Faculdades de Medicina ou Medicina Dentária. Apesar disso, a APED decidiu dar o seu contributo, e irá organizar durante o corrente ano três cursos de dor para enfermagem, à semelhança do realizado em Almada no ano transacto, que decorrerão em Lisboa, Coimbra e Porto, sob a coordenação geral do Enfº Rui Rosado e com o apoio da Grünenthal.

Faço votos de que estes cursos sejam um sucesso, tanto no que respeita ao seu conteúdo científico como ao número de participantes, ficando aqui a promessa de que, caso esses objectivos sejam atingidos, mais se realizarão num futuro próximo e, eventualmente, noutros locais do País.

Os enfermeiros e a dor na criança

Um contributo para avaliar saberes e práticas

Luís Manuel Cunha Batalha

Resumo

Os saberes e práticas são factores que produzem efeito nos actos dos enfermeiros. Em Portugal, desconhecem-se estudos que avaliem os saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança, dos enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos e a autoavaliação que fazem dos seus conhecimentos sobre a dor pediátrica. Com esta pesquisa de carácter descritivo, pretendeu-se analisar os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros em contexto de trabalho e verificar a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e a autoavaliação que fazem dos seus conhecimentos.

Para avaliar os saberes e as práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança foi construída uma escala com 25 itens distribuídos por 6 dimensões que emergiram da análise factorial exploratória realizada, que explica 56,53% da variância total. A fiabilidade desta escala é assegurada por um valor de α de Cronbach de ,66 e uma estabilidade temporal, pelo coeficiente de correlação de Pearson de $r = 0,96$. A recolha dos dados foi feita por questionário a 250 enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos de três hospitais do distrito de Coimbra, Viseu e Leiria.

Os resultados encontrados indicam que os enfermeiros têm saberes e as práticas de cuidados positivas. As suas maiores dificuldades estão relacionadas com as dimensões reconhecimento, avaliação e tolerância à dor. Consideram possuir conhecimentos suficientes a bons relativamente à dor pediátrica, embora 1/4 reconheça a necessidade de mais formação sobre o desenvolvimento neurológico, mecanismos que geram dor e seus efeitos sistémicos na criança. A sua autoavaliação correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os saberes e as práticas de cuidados. As variáveis tempo de exercício profissional, categoria profissional, especialização, tipo de especialização e a frequência de acções de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente significativa os saberes e as práticas de cuidados dos enfermeiros. Entre os hospitais e os serviços de cirurgia, medicina, consulta externa e neonatologia apuraram-se igualmente diferenças importantes nos saberes e as práticas de cuidados dos enfermeiros. Conclui-se que os saberes e as práticas de cuidados dos enfermeiros pediátricos é positiva, mas não é de desprezar a percentagem de enfermeiros com necessidade de reflectirem sobre os seus actos quando cuidam da criança com dor. As acções desempenham um papel muito importante na adopção de saberes e práticas de cuidados de excelência para com a dor na criança. E, finalmente, a escala de saberes e práticas construída é passível de melhoramentos.

Abstract

The know and practices of cares are the factors that influence nurses' performances.

In Portugal nothing is known about the studies that can assess the pediatric nurses' know and practices of cares in presence of children with pain, as well as about nurses' self assessment in what concerns pediatric pain. This research, in descriptive character, tries to analyse the nurses' know and practices of cares in their work and check their relationship with some sociodemographic variables, as well as their own self assessment about their knowledge.

In order to assess the nurses' caring attitudes in presence of children with pain, a scale with 25 items was built; these items were ranged along 6 dimensions that emerged from exploratory factorial analysis, which explains 56,53% of the total variance. The reliability of this scale is ensured by Cronbach's α value of ,66; a temporary stability is ensured by Pearson's coefficient of correlation of $r = 0,96$.

The data collection was obtained through a questionnaire directed to 250 nurses who work in the pediatric departments of three hospitals in the districts of Coimbra, Viseu and Leiria.

The results obtained show that nurses have positive know and practices of cares. Their main difficulties are related to the dimensions recognition, assessment and tolerance to pain. They consider they have enough/good knowledge about pediatric pain, although 1/4 recognize the need for further education on the

neurological evolution, on systems which generate pain and their systemic effects on children. Their self evaluation was positively correlated with their know and practices of cares and it was also statistically significant. Professional working time, professional category, specialization, type of specialization and regular attendance of professional courses were the variables that showed to influence nurses' know and practices of cares in a way which was statistically significant.

Some important differences in nurses' know and practices of cares were also found in hospitals, as well as in surgical, medical, consultation and neonatal units.

In conclusion, pediatric nurses' know and practices of cares are positive; however, the percentage of nurses, who should reflect about their way of acting when they take care of children with pain, should not be neglected.

SIGLAS

AAP – Associação Americana de Pediatria
CEO – Consultas externas e outros serviços
DGS – Direcção Geral de Saúde
EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics
HL – Hospital Santo André de Leiria
HP – Hospital Pediátrico de Coimbra
HV – Hospital São Teotónio de Viseu
OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Patient controlled analgesia
RN – Recém-nascido
SCQ – Serviço de Cirurgia/Queimados
SM – Serviço de Medicina
SNC – Sistema nervoso central
SO – Serviço de Neuroortotraumatologia
SU – Serviço de Urgência
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

Todos nós sentimos dor, com excepção de um pequeno grupo de pessoas congenitamente incapazes de a sentir¹. Ela constitui uma experiência humana universal que, desde sempre, interessou à enfermagem como ciência e arte de cuidar a pessoa.

Dentro dos elementos de uma equipa de saúde, o enfermeiro é o profissional que tem um contacto mais próximo e prolongado com o utente. Esta relação privilegiada acarreta uma responsabilidade acrescida na promoção e manutenção do bem-estar das pessoas, pois o enfermeiro desempenha um papel chave na resolução do problema da dor².

Compete-lhe cuidar do ser humano, isto é, ser uma pessoa que acompanha outra pessoa que dele necessita, percebendo que a saúde é um processo de mudança que testemunha a prioridade dos valores de cada um, na qual o homem deve ser entendido como um ser global, inserido num meio singular e próprio.

A dor, sendo uma das principais causas que levam as pessoas a procurarem ajuda nos diversos serviços de saúde, faz com que todos os enfermeiros inevitavelmente lidem com ela (Pimentel, 1992).

Enquanto experiência humana, a dor é um fenómeno complexo, subjectivo, que deve ser analisado como experiência pessoal de quem a vivência, e como experiência pessoal daquele que presta os cuidados para o seu alívio. Um e outro são influenciados por mitos, crenças, medos, preconceitos, valores culturais e religiosos que, muitas vezes, impedem uma abordagem lúcida, indispensável a uma verdadeira intervenção cuidativa³⁻⁶.

Actualmente, o desenvolvimento da ciência proporciona-nos um conhecimento cada vez mais apurado do fenómeno dor, pelo que a ignorância neste campo é inadmissível⁷. Todos nós temos o direito a não sofrer de dor⁶.

Tem sido uma preocupação crescente a descoberta de estratégias para ajudar os enfermeiros a cuidarem dos que sofrem com dor. Não duvidamos que os profissionais de enfermagem pretendam assumir os princípios humanistas, como regra de conduta, mas a realidade revela, por vezes, práticas, nem sempre coerentes com estes princípios⁸. A dor na criança, como preocupação recente, é o exemplo paradigmático que mede o quanto temos andado afastados da ciência⁹.

Apesar dos avanços científicos da última década, em muitos casos, maior informação não contribuiu para mudar necessariamente os saberes e práticas face à dor na criança¹⁰. Os estudos desenvolvidos têm contribuído para a desmistificação de mitos e crenças, e os novos conceitos na abordagem da criança com dor e sua família tem-se repercutido necessariamente na prática de cuidados de muitos profissionais de saúde¹⁰. Todavia, a dor continua a ser um fenómeno não totalmente conhecido e envolto em muitas crenças e mitos, que explicam o insucesso no seu controlo eficaz^{4-6,10-15}.

Em pediatria estamos ainda na fase de desmontagem de mitos e saberes e práticas que suportam a negligência dos cuidados^{5,6}. São alguns testemunhos desta ideia os trabalhos realizados por Vortherms, et al.¹⁶, que, ao estudar enfermeiros que trabalhavam em serviços de oncologia, verificaram que estes não tinham saberes e práticas definidas e consistentes quando lidavam com o problema da dor, e cerca de 20% acreditavam que os doentes se queixavam mais do que a dor que realmente sentiam. Broome, et al.¹⁷, ao analisar os cuidados prestados por médicos e enfermeiros, confirmaram uma maior negligência no alívio da dor nas crianças mais pequenas. Porter, et al.¹⁸, num estudo semelhante, concluíram que, apesar dos profissionais de saúde admitirem que as crianças pequenas sentiam dor, a

realidade demonstrava que esta continuava a ser negligenciada.

Sabe-se que os conhecimentos são requisitos fundamentais para uma competente prática profissional cuidativa^{19,20}. Numerosos artigos têm demonstrado que o eficiente controlo da dor depende da acção do enfermeiro que domina as intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor^{7,21}. Mas, como se explica que apesar de algumas investigações recentes indicarem um aumento dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a dor, esta continue a ser subestimada?^{10,15}.

Os comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que dispomos, mas também pelos nossos valores, crenças, saberes e práticas e pelos diferentes contextos de vida em que nos situamos²². Como tal, acreditamos ser necessário desenvolver nos enfermeiros um saber-saber, saber-fazer e o saber-ser indispensável à adopção de saberes e práticas de cuidados informadas, conscientes e autónomas.

Desconhecemos, entre nós, estudos que caracterizem os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos. A sua desmontagem só é possível se soubermos **quais os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros pediátricos, perante a dor na criança**.

Vários estudos^{8,19} demonstram que os enfermeiros referem falta de conhecimentos básicos sobre a dor. A dor é “o assunto sobre o qual menos se ensina, o menos compreendido e o mais negligenciado de toda a medicina actual”³. Em Portugal não é conhecido com rigor qual o conhecimento dos enfermeiros nesta área. Sabemos que começam a desenvolver-se os primeiros esforços nesse sentido. Por isso, pretendemos com este estudo contribuir para o conhecimento da **autoavaliação que os enfermeiros pediátricos fazem dos seus conhecimentos em relação à dor na criança**.

Rever os nossos conhecimentos sobre a dor e reflectir a prática na busca de uma melhor compreensão dos saberes e práticas que tomamos diariamente quando cuidamos da criança com dor e sua família é um dever ético e moral que se impõe nos nossos dias.

A dor é “abordada por nós, muitas vezes, segundo uma perspectiva biológica, mas é importante que nos habituemos a considerar outras dimensões ligadas às manifestações dolorosas”²³. Devemos ver a pessoa que sofre de dor como um todo (componente física, psicossocial e espiritual), pois esta tem uma dupla natureza, o “cruzamento do biológico com o psicológico e sociocultural”²⁴.

Assim, a prática dos cuidados deve situar-se para além do modelo biomédico, considerando não apenas o aspecto sensorial da dor, mas a dor como uma experiência que afecta a pessoa no seu todo. Antes de qualquer planeamento de intervenção de enfermagem é necessário ter presente as particularidades da pessoa, valores, crenças, significação, formas de expressão e gestão da dor, expectativas, etc.^{4,25}.

O cuidar da criança com dor e sua família passa pela necessidade de uma compreensão holística da pessoa humana, considerada como um sistema dinâmico, com potencial de desenvolvimento, surgin-

do do enfermeiro como um meio de ajuda pela partilha e vivência da dor²⁶.

Compete aos professores, numa primeira instância, a responsabilidade de desenvolverem nos profissionais de saúde competências tecnicocientíficas e relacionais que permitam reformular mitos, crenças e saberes em que nos apoiamos para cuidar de crianças que sofrem com dor.

Pretendemos com este estudo encontrar a resposta para a questão: **que saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança são adoptadas pelos enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos de três hospitais da região centro do País?** Como questões secundárias ambicionamos **saber qual a relação entre a autoavaliação dos conhecimentos sobre a dor em pediatria e algumas variáveis sociodemográficas com os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança**.

Esta pesquisa de carácter descritivo²⁷⁻²⁹ vai-nos descrever uma realidade pouco conhecida entre nós, dando-nos informações úteis sobre a situação presente, contribuindo o conhecimento adquirido para, se necessário, corrigir saberes e práticas dos enfermeiros, para, em última instância, melhorarmos a qualidade de vida das crianças.

São objectivos deste estudo:

- Contribuir para a construção de uma escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança.
- Analisar os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros.
- Relacionar variáveis sociodemográficas e autoavaliação dos conhecimentos com os seus saberes e práticas de cuidados.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira faz-se o enquadramento teórico, estando a revisão bibliográfica dividida em dois capítulos: a experiência dolorosa na criança e expressão do cuidado à criança com dor e sua família. A segunda parte refere-se à investigação de campo e encontra-se dividida em 4 capítulos: metodologia, apresentação e análise dos resultados, discussão e conclusões.

Finaliza-se com a apresentação das referências bibliográficas dos autores consultados, incluindo-se em anexo os instrumentos utilizados na colheita dos dados.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo I – A experiência dolorosa na criança

Ao longo deste capítulo vai-se fazendo a desmontagem de mitos, crenças e saberes acerca da experiência dolorosa na criança.

São abordados o conceito de dor e principais características que a diferenciam do sofrimento. Descreve-se o sistema somatossensorial desde os receptores periféricos até às vias de transmissão que veiculam os influxos nervosos às diferentes partes do cérebro.

Relatam-se de forma resumida várias teorias desenvolvidas ao longo dos tempos para compreender e explicar o fenómeno dor, com destaque para a teoria do portão.

Apresentam-se os factores que interferem na experiência dolorosa da criança e descrevem-se as respostas da criança à dor de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, identificando os vários instrumentos utilizados para medir e avaliar a dor pediátrica.

1. O significado da dor/sofrimento

O entendimento da dor ao longo dos tempos tem reflectido o domínio sucessivo de várias orientações filosóficas³⁰. Aristóteles considerava a dor como uma emoção e não como um fenómeno físico. Na Idade Média, a dor associava-se ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição devida a pecados cometidos. O Iluminismo veio glorificar as virtudes da racionalidade, tendo encontrado em Descartes o mentor intelectual de uma divisão clássica entre corpo e espírito que influenciou o desenvolvimento da ciência e da medicina dominada por uma visão mecanicista do corpo³¹. A dor era entendida como um fenómeno físico a ser eliminado através de técnicas mecânicas³⁰. Esta concepção rejeita a comparticipação do homem na construção da sua dor, ou seja, a sua dimensão afectiva, entendendo-a como um facto puramente sensorial²⁴.

Actualmente, sabemos que a dor é um fenómeno multidimensional, que tem uma componente fisiológica ou neuronal, mas também uma dimensão psicossocial, espiritual e cultural que percebemos como presentes ou subjacentes nas descrições das experiências de dor, nos estudos feitos e na nossa própria vivência³². Assim, para cada pessoa a dor tem um significado próprio cunhado pela particularidade e unicidade do seu ser.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor esta é “uma experiência emocional e sensorial, geralmente desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos desta lesão”¹¹.

Esta definição encerra dois conceitos:

- a dor como experiência individual e subjectiva;
- e a dor com dois componentes indissociáveis: um neurofisiológico e sensorial e outro emocional baseado no estado afectivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e inúmeros outros factores de ordem pessoal, cultural e espiritual³³.

As investigações têm demonstrado a existência de uma forte associação entre dor e emoções: dor aguda e ansiedade e dor crónica com ansiedade, depressão e raiva³⁴. É importante estarmos conscientes que no fenómeno dor estão implicadas todas as dimensões da pessoa que a experiencia em todo o seu ser. Neste sentido, a dor é “tudo aquilo que a pessoa que a experimenta diz que é, existindo sempre que a pessoa refere existir”³⁵.

Importa esclarecer que, segundo Fordyce e Steger (1979, citado por Gameiro)³⁶, a dor como sensação activa os centros nervosos de comando gerando sofrimento. Inicialmente, o sofrimento é uma leitura psicoafectiva da dor física que evolui para um estado psicoafectivo real, dependente da memorização da dor física³⁷. Ele pode ser intenso sem existir dor (apenas a recordação de algo desagradável), como também é possível que ocorra dor sem sofrimento, sobretudo se a dor não é associada a uma situação de ameaça para a pessoa³⁶.

Dor e sofrimento são experiências individuais e subjectivas que coexistem em estreita relação. Distinguir um do outro é como distinguir alegria de felicidade, dois termos abstractos complexos que dizem respeito a muitas respostas diferentes específicas de cada pessoa^{31,38}.

Porque a dor interfere no bem-estar, na relação com os outros e com o mundo, ela diminui a qualidade de vida de quem a experimenta, causando também sofrimento interior pela perda de dimensões da sua vida. Este sofrimento potenciado pela memorização de outras perdas já vivenciadas e pelo cariz de punição que a própria dor carrega na civilização ocidental, influencia de forma determinante a vivência da dor.

A dor como causa e consequência de sofrimento vai para além da sua função biológica, integra a influência de factores psicológicos, sociais e culturais^{6,30}. Enquanto experiência humana é vivenciada por cada um de nós de forma particular; ela é uma experiência pessoal e subjectiva que influencia a nossa maneira de viver³. Quer a pessoa que sofre de dor, quer aquela que dele cuida, estão imbuídos de concepções (mitos, crenças, medos, preconceitos, valores religiosos e culturais) que orientam os seus saberes e práticas perante a pessoa com dor²⁰.

A forma como conceptualizamos a dor influencia não só a nossa atitude para com a nossa dor, mas também a forma como cuidamos dos que dela sofrem⁷. Os que definem a dor unicamente como uma sensação tendem a assumir uma postura fisiológica, com tendência para se preocuparem com os limites da dor e níveis de tolerância, com estímulos e respostas, com causas e efeitos. Os que se focalizam na natureza experiencial da dor preocupam-se igualmente com os parâmetros psicossociais da dor e compreendem que um qualquer factor, tal como experiências passadas, estado de espírito presente e seu significado da dor, influenciará a experiência de dor^{35,39}.

Num quadro de formação clássica os enfermeiros aprendiam a dor: como sintoma cuja causa era geralmente fisiológica, se a causa não era identificada, então a dor não era real; que bastava olhar para o doente para saber se tinha ou não dores; e que o importante no tratamento era diminuir a expressão da dor⁷.

Hoje, reconhece-se a dor como um fenómeno multidimensional sensorial e afectivo⁷, como “uma caixa de ressonância de significado pessoal e social”²⁴. Ao longo dos tempos tem sido encarada como castigo, forma de purificação por pecados cometidos, como aviso útil, forma de solicitar ajuda e compaixão ou mesmo forma de manipular os outros^{41,48}.

De acordo com Kodiath²⁵, sendo a pessoa um todo, indivisível, só um conceito de dor global pode servir de guia à apreensão deste fenómeno complexo que é a dor enquanto experiência humana. Deve ser encarada, não como uma manifestação fisiológica, mas como um processo multiforme que evolui desde o nascimento até à morte. Tal como dizia Leriche em 1879, a dor “é o resultado de um conflito entre um estímulo e o indivíduo na sua globalidade”³⁸.

Neste sentido a dor deve ser entendida como “tudo o que a experiência pessoal diz que é e ocorre onde o doente diz que ocorre”³⁹. Ou seja, “é uma experiência única, individual, determinada pelas experiências pes-

soais anteriores, pelo significado da situação particular e padronizada por modelos e valores culturais³⁸.

2. Neurofisiologia da dor

Um nervo periférico é composto por três tipos de neurónios diferentes: os aferentes primários sensoriais, neurónios motores e neurónios pós-ganglionares simpáticos⁴².

As fibras implicadas na condução de um estímulo nociceptivo ao sistema nervoso central são fibras A (α , β , δ , σ), B e C, para além de outras que se encontram nos nervos periféricos e com funções distintas da captação sensorial¹¹.

Os aferentes primários podem ser subdivididos em dois grupos:

- Fibras de grande diâmetro, mielinizadas A α , A β , e B, que transportam sensações não dolorosas e que respondem de forma máxima ao menor estímulo. Encontram-se basicamente na pele.
- Fibras mielinizadas de pequeno diâmetro, A δ e fibras C não mielinizadas, igualmente de pequeno diâmetro. Ambas transportam sensações dolorosas e respondem normalmente a estímulos intensos. Encontram-se, sobretudo, na pele e vísceras profundas. São os chamados receptores de dor⁴².

Estes receptores começam a ser formados por volta da 7^a semana de gestação e estão completamente formados à 30^a semana^{43,44}. Embora a mielinização das fibras A δ esteja à nascença incompleta, isto apenas contribui para diminuir a velocidade de condução dos impulsos dolorosos que por sua vez são compensados pelas curtas distâncias interaxionais na criança⁴³.

As estimulações dolorosas podem ser mecânicas, térmicas e químicas, existindo vários tipos de receptores destes estímulos⁴⁰:

- Polimodais (respondem a vários tipos de estímulos).
- Mecanorreceptores de limiar alto (respondem ao toque, sons, contracções musculares), estando as fibras A δ especializadas na detecção de estímulos mecânicos, e as fibras C respondem a estímulos mecânicos, térmicos e à libertação de químicos pelos tecidos lesados ou inflamados.

Na opinião de Pimentel¹¹ e Fields e Martin⁴², a estimulação dos nociceptores pode ser feita de uma forma:

- Directa ou primária – Toda a lesão tecidual leva à depleção de potássio e à síntese de bradicina e prostaglandinas. Esta última potencia os efeitos do potássio, bradicina e outros mediadores inflamatórios levando à dor.
- Indirecta ou secundária – Resulta da reacção inflamatória em que os nociceptores libertam substância P com acção reparadora dos tecidos (induz a vasodilatação, promove a desgranulação dos mastócitos, é quimioatraente para os leucócitos e aumenta a produção e libertação de mediadores inflamatórios (histamina, serotonina, acetilcolina), que concomitantemente activam os nociceptores.

Antes do influxo nervoso começar a sua subida para o cérebro, uma parte destes atravessa uma região povoada de fibras curtas com conexões difusas que se encontram ao lado da medula e de cada lado dela, a substância gelatinosa⁴⁵.

Os corpos celulares situam-se na parte central da espinhal medula e constituem a substância cinzenta, que adopta uma forma característica de borboleta. À sua volta, encontra-se a substância branca, que se compõe de axónios que sobem e descem ao longo da medula até ao cérebro e vice-versa⁴⁵.

Os axónios nociceptores aferentes primários comunicam com a espinhal medula pela raiz dorsal e terminam no corno dorsal da substância cinzenta da medula. Estas estruturas aparecem desenvolvidas por volta da 13^a-16^a semana de gestação e contam ao nascer mais substância P e receptores do que na idade adulta^{43,44}. Uma vez em contacto com os neurónios medulares transmitem os impulsos dolorosos ao cérebro. O facto de cada neurónio medular receber sinais dolorosos de diferentes nociceptores aferentes fundamenta o fenómeno da dor irradiada⁴². Esta via intramedular encontra-se completamente mielinizada à 28^a semana de gestação^{43,44}.

As vias de dor da espinhal medula até ao cérebro envolvem principalmente os sistemas mediano e lateral⁴⁵. O primeiro progride na parte mediana do tronco e é formado pelo sistema espinoreticular, paleoespinal e proprioespinal. O segundo, progride na parte lateral do tronco e envia projecções para certas zonas do tálamo e córtex, as vias neoespinalâmic, espinocervical, e pós-sináptica dos cordões posteriores.

As operações destes sistemas estão longe de serem claras, mas conhece-se o suficiente para afirmar que estas vias têm ramificações para diferentes partes do cérebro e estão interconectados⁴⁰. Para este autor, as suas funções incluem a sinalização de aspectos sensoriais discriminativos da dor, os componentes motivacionais e afectivos, respostas reflexas, e provavelmente activação de sistemas analgésicos descendentes.

A projecção neoespinalâmica permite ao indivíduo perceber aspectos da dor como a sua localização, intensidade e carácter. As projecções espinoreticular e espinomesencefálicas estão ligadas às emoções desagradáveis e à motivação que induz à acção. As ramificações para o neocórtex estão envolvidas na avaliação da dor em termos de experiências passadas^{40,45}. Todas estas estruturas supramedulares encontram-se formadas à 30^a semana de gestação, excepto as conexões talamocorticais que só por volta da 37^a semana se encontram completamente mielinizadas^{43,44}.

Sabe-se hoje, que não existe nenhum centro de dor e que a quase totalidade do cérebro desempenha um determinado papel na dor⁴⁵. Contudo, comprova-se que o núcleo talâmico ventrobasal especial (núcleo parvocelular ventral caudal de Hasseler) e o núcleo talâmico (intralaminar) são centros de dor importantes, o primeiro ligado à discriminação sensorial da dor e o segundo associado aos componentes emocionais da dor⁴⁰.

A formação reticular é um importante centro de recepção e controlo da dor, o que lhe confere um importante papel nos comportamentos⁴⁵. O sistema límbico compreende a dimensão motivacional da dor. O tálamo ventral posterior e projecções corticais tratam a informação que se relaciona com a exten-

são e propriedades temporoespaciais do influxo. O córtex desempenha um papel de mediação entre as actividades cognitivas e as características da dimensão afectividade-motivação da dor. Ou seja, medeia as informações sensitivas das áreas corticais sensitivas e associativas e envia projecções para as estruturas reticulares e límbicas.

Os sistemas descendentes ou antinociceptivos foram revelados com a recentemente descoberta de no sistema nervoso central (SNC) se produzir substâncias análogas aos narcóticos⁴⁵. São de dois tipos: grandes moléculas (endorfinas) e pequenos peptídeos contendo 5 ácidos aminados (encefalinas). Estas e seus receptores encontram-se em forte concentração no mesencéfalo e substância gelatinosa da medula. São substâncias que aliviam a dor pelo mesmo mecanismo da morfina e outros narcóticos ao bloquearem os impulsos dolorosos ao nível da medula e cérebro.

Em resumo, poderíamos dizer que os receptores nervosos são estimulados por mediadores químicos da inflamação. As fibras condutoras dos impulsos dolorosos são:

- Fibras de pequeno diâmetro Ad e C até à espinhal medula (1º neurónio).
- Feixes espinotalâmicos da espinhal medula ao tálamo e formação reticular (2º neurónio).
- Feixes de núcleos talâmicos e formação reticular para as áreas corticais, sistema límbico e hipotálamo (3º neurónio).

Os estímulos de dor sofrem uma dispersão ao longo do trajecto das vias aferentes primárias até diferentes partes do sistema nervoso central responsáveis pela cognição da dor, afectividade, controlo hormonal e humoral e controlo das funções vegetativas.

Importa referir que a sinapse entre o primeiro e segundo neurónio nem sempre é directa, esta pode ser mediada por um pequeno neurónio chamado interneurónio³⁴.

Paralelamente a esta via ascendente (nociceptiva) existe uma via descendente (antinociceptiva). As informações do córtex cerebral, hipotálamo e sistema límbico dirigem-se para a medula após sinapses no tálamo e formação reticular. Na espinhal medula estes neurónios ligam-se aos interneurónios.

Todas estas estruturas estão perfeitamente desenvolvidas à 30-37ª semana de gestação, o que nos permite deduzir que o feto e recém-nascido têm dor. Adicionalmente a estes factores, os mecanismos de facilitação da dor parecem amplificados no recém-nascido, já que existe uma indiferenciação no controlo inibitório do processo doloroso, que apenas se encontra totalmente eficaz após o primeiro semestre de vida⁴³. Por tudo isto, alguns autores afirmam que o recém-nascido pode mesmo perceber mais dor que o adulto^{43,44}.

2.1. Teorias da dor

Entende-se por teoria um sistema coerente de afirmações que especificam as relações entre dois ou mais conceitos, com o objectivo de compreender determinado fenómeno ou problema. Assim, com uma teoria pretende-se descrever, explicar e/ou prever o que se passa na realidade. Neste sentido,

quando partilhamos as percepções da pessoa com dor, estamos a partilhar as suas teorias da dor⁴⁰.

Em termos biológicos, a dor pode ser encarada como um aviso útil; contudo, muitas dores são inúteis ou porque aparecem tardiamente ou se prolongam demasiado tempo⁴⁶. As teorias da dor tem sido desenvolvidas por filósofos e cientistas reflectindo as correntes do pensamento da sua época (filosóficas, científicas e tecnológicas). De acordo com Fordham⁴⁶, toda a experiência de dor inclui aspectos:

- Sensorioperceptuais (discriminação da dor no tempo, espaço e intensidade).
- Emocionais/motivacionais (sentimentos negativos que motivam respostas comportamentais à dor).
- Cognitivos/avaliativos (conhecimento, avaliação e concepção da dor).

As teorias conhecidas sobre a dor focam um ou vários destes aspectos. Tradicionalmente dividem-se em teorias neurofisiológicas e psicológicas. Este facto reflecte a dualidade corpo-mente do pensamento científico ocidental⁴⁶. Todavia, esta divisão não pode ser vista como grupos de teorias concorrentes, mas como caminhos alternativos e complementares para explicar o fenómeno da dor. Não raras vezes estas teorias interpenetram-se, neurofisiólogos usam conceitos psicológicos e vice-versa.

Dentro das teorias mais proeminentes destacam-se:

- A teoria psicofisiológica do ciclo dor-ansiedade-tensão, que defende a ideia de que qualquer interrupção deste ciclo em qualquer ponto se traduz no alívio da dor⁴⁶.
- No grupo das teorias neurofisiológicas, a teoria da especificidade ou tradicional propõe que um sistema específico da dor transporta mensagens de centros receptores da pele até um centro específico cerebral⁴⁵. A sua melhor descrição clássica foi feita por Descartes em 1664.
- A teoria da interacção sensitiva relata a existência de um sistema de fibras de condução rápida, que inibe a transmissão sináptica dos sinais de dor que seriam veiculados por um sistema de condução mais lento. As fibras finas surgem como veículos de impulsos nervosos que produzem a dor, enquanto as grossas são inibidoras da transmissão destes influxos. Um desvio deste equilíbrio entre fibras finas e grossas, em favor das primeiras, traduzir-se-ia num acréscimo de transmissão nervosa, somação e dor⁴⁵.
- A teoria afectiva da dor acrescenta ao carácter sensorial da dor o aspecto afectivo negativo que impele à acção. Somos compelidos a escolher medidas adequadas para cessar a dor e este comportamento pertence ao domínio da emoção e motivação⁴⁵.
- A teoria *Wind-up* aparece no início dos anos 90 quando investigadores observaram que estímulos nocivos repetidos provocavam muitas vezes uma resposta nociceptiva muito maior do que a esperada. A medula parece ter uma barragem de entradas nociceptivas que aumentam mesmo que os estímulos nocivos repetidos não aumentem⁴⁷. Isto foi explicado em estudos animais pela presença de uma substância, a alodina.

A teoria do controlo da porta, proposta em 1965 por Melzack e Wall, propicia actualmente a explicação mais abrangente do fenómeno dor^{40,48,49}.

A sua finalidade era integrar dentro de um princípio compreensivo o alto grau de especialização fisiológica das unidades receptor-fibra e das vias de condução do sistema nervoso; o papel da organização espacial e temporal da transmissão da informação; a influência dos processos psicológicos da percepção da dor e sua respectiva reacção, e os fenómenos clínicos de somação temporoespacial, de propagação e de persistência dolorosas depois da cura⁴⁵.

Este modelo explica as influências na modulação da percepção da dor e as relações, variáveis, entre estímulo nociceptivo e percepção da dor. Basicamente, a teoria de controlo da porta consiste num mecanismo nas sinapses entre neurónios aferentes e neurónios do feixe ascendente espinocerebral. A estas sinapses da substância gelatinosa dá-se o nome de porta^{45,50}. Estão presentes na ponta dorsal do corpo cinzento da espinhal medula e dentro das áreas cerebrais como tálamo, formação reticular e sistema límbico.

A teoria do controlo portal sugere que este mecanismo na substância gelatinosa (porta) funciona deixando ou não passar o fluxo de impulsos nervosos desde as fibras aferentes primárias até ao sistema nervoso central. O grau segundo o qual a porta abre ou fecha é terminado pelo equilíbrio da actividade das vias aferentes primárias (fibras A β e A δ , C) e pelas influências descendentes do cérebro⁴⁰. A porta abre pela acção de neurotransmissores de excitação (substância P) e fecha pela libertação de neurotransmissores de inibição e neuromoduladores endógenos⁵⁰.

As fibras A δ e C são os nociceptores responsáveis pela libertação da substância P, enquanto as fibras A β são os mecanorreceptores que libertam substâncias neurotransmissoras de inibição. Por esta razão, se explica a acção da massagem ou a estimulação nervosa transcutânea no alívio da dor. Estas técnicas levam à estimulação dos mecanorreceptores que ao libertarem neurotransmissores de inibição que fecham o portão e impedem a passagem dos impulsos nervosos ao cérebro. Segundo McVicar e Clancy⁵⁰, os neurotransmissores de inibição actuam diminuindo a produção de substância P (inibição pré-sináptica) evitando a activação do receptor da substância P na membrana pós-sináptica (inibição pós-sináptica).

Esta teoria propõe igualmente um mecanismo de controlo portal via descendente desde os centros corticais superiores⁵⁰. Mesmo numa situação em que o impulso das fibras A δ e C sejam dominantes (o que faz abrir a porta e perceber a dor) a porta pode fechar-se por acção dos centros superiores (núcleos trigémeo, vestibular, hipotálamo e córtex cerebral) através das vias nervosas dorsolaterais de controlo descendente. Isto ocorre mediante a libertação de opiáceos endógenos dos quais se conhecem três grupos principais: endorfinas, encefalinas e dimorfinas, que actuam inibindo a produção da substância P⁴⁰. Compreende-se, assim, o efeito terapêutico no alívio da dor da diversão, distração, aconselhamento ou mesmo do efeito placebo.

Uma das primeiras consequências da teoria do portão foi abolir a ideia de que a dor era uma sensação

simples e veiculada em linha recta até um centro de dor, noção que esquecia a dimensão afectiva e cognitiva da experiência dolorosa (Melzack e Wall, 1987). Esta teoria explica, igualmente, como a memória de experiências passadas, atenção e emoção podem ter influência na percepção da dor e reacção consecutiva, actuando no mecanismo do portão⁴⁵. Em cada pessoa, ao ter uma faixa única de identidade anatómica, fisiológica, social e psicológica, a dor só pode ser uma experiência subjectiva⁵⁰. Esta natureza subjectiva da percepção da dor é explicada pela teoria do portão.

A forma, tamanho do corpo e a distribuição dos nociceptores diferem de pessoa para pessoa, o que pode explicar as diferenças em cada um de nós. Possuímos capacidades próprias e únicas de produzir neurotransmissores de excitação, inibição e neuromoduladores endógenos dependendo de factores genéticos ou hereditários e de factores ambientais⁵⁰.

O controlo mental, feito através de factores ambientais/sociais, conduz à abertura ou fecho da porta, pela influência que exerce nos processos fisiológicos⁵⁰. Níveis altos de ansiedade levam a uma diminuição na produção de opiáceos endógenos de que resulta a abertura da porta (controlo portal descendente). Este facto relevante resulta, para os técnicos de saúde, que uma avaliação mais objectiva da dor deverá ser feita idealmente numa situação em que a criança não esteja ansiosa, pois isso influencia a percepção da dor.

Importa referir, a propósito, que as diferenças culturais na percepção da dor afectam a produção fisiológica de neuromoduladores endógenos, o que explica as diferenças comportamentais na resposta à dor. Daqui resulta que o alívio da dor deve ser feito de uma forma personalizada⁵⁰.

Acresce que, para além da dor poder ser modulada pela educação (sociedade-cultura), também o pode pela selecção dos estímulos, pois dois estímulos não podem ser percebidos simultaneamente pelo cérebro – princípio da inundação sensorial³⁸. Eis a razão, porque uma actividade lúdica, a música, ou a conversa pode aliviar a dor, e a privação sensorial (noite, escuridão, silêncio, isolamento) pode aumentar a percepção da dor.

Resumidamente, diríamos que a teoria do controlo do portão propõe a dor como um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que produz uma sensação dolorosa, fazendo referência a processos de modulação sociopsicológicos (emoções, pensamentos, experiências passadas, etc.) que influenciam a percepção da dor e a resposta comportamental da pessoa, à mesma.

De acordo com esta teoria, existe um mecanismo ao nível das sinapses entre os neurónios aferentes e neurónios do trato ascendente espinocerebral (mecanismo do portão) que se situa na substância gelatinosa da espinhal medula e dentro de áreas cerebrais como o tálamo, formação reticular, sistema límbico, que abre ou fecha o portão, permitindo ou impedindo a transmissão de impulsos dolorosos ao cérebro, através de um equilíbrio de actividade entre as fibras aferentes primárias e pelo controlo descendente que partem dos centros superiores do cérebro.

3. Factores que influenciam a dor

A experiência de dor na criança é influenciada e modificada por factores que não devem ser ignorados pelos enfermeiros. Estes factores incluem componentes experienciais, comportamentais, emocionais, físicos e contextuais².

McGrath⁵¹ propõe um modelo que demonstra como uma variedade de factores internos e externos afectam a experiência dolorosa da criança (Anexo I).

São, pois, inúmeros os factores que podem influenciar a percepção da sensação dolorosa. A criança deve ser vista como inserida num contexto particular e único, em que factores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial), stress extrafamiliar (escola, hospital), organização e funcionamento familiar (modelo disfuncional do papel da dor, excessiva atenção à dor, envolvimento da criança nos conflitos dos pais), expressão sintomática (frequência, intensidade, duração da dor), vulnerabilidade da criança (doença crónica, trauma agudo, inadaptação psicológica), mecanismos mediáticos (sensibilidade fisiológica, memória de dor, experiências anteriores, ansiedade), entre outros, podem influenciar a sua percepção dolorosa positiva ou negativamente^{2,52}.

Ao enfermeiro cabe o papel de identificar quais os factores que afectam a percepção da dor na criança, saber em que sentido se faz essa influência (positivo ou negativo) e implementar intervenções terapêuticas para a prevenção e alívio da dor.

Em síntese, diremos que a experiência dolorosa na criança resulta da interacção de uma multiplicidade de factores que influenciam a sensação de dor, desde o desencadeamento do impulso doloroso até à sua percepção e resposta a essa mesma dor⁴⁸.

Limiar doloroso e tolerância à dor

Frequentemente fazem-se afirmações de que as variações nas expressões de dor entre pessoas diferentes se deve à diferença entre os seus limiares dolorosos³⁸. Em virtude da confusão existente entre o uso dos termos limiar de dor, Melzack e Wall definem quatro níveis de limiar doloroso a reter³⁸:

- **Limiar de sensação** – corresponde ao valor mínimo de estímulo que conseguimos perceber como formigueiros e calor.
- **Limiar de percepção dolorosa** – representa o valor mínimo de intensidade do estímulo percebido como dor pela pessoa, ou seja, a menor experiência de dor que uma pessoa é capaz de reconhecer.
- **Tolerância à dor** – valor de intensidade do estímulo doloroso que impele ao pessoal a cessar a estimulação.
- **Tolerância dolorosa encorajada** – valor de intensidade do estímulo doloroso que a pessoa é capaz de experienciar depois de encorajada.

Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme³⁸, mas o limiar de percepção da dor é influenciado por factores físicos e psicossociais, variando de uma pessoa para outra, ou na mesma pessoa conforme a ocasião².

A tolerância à dor varia de tal forma, que pessoas com alta tolerância podem lidar com dor intensa durante um longo período de tempo, antes de esta se tornar intolerável e necessitarem de alívio³⁵. Do mesmo modo, o oposto também é verdadeiro para os que têm baixa tolerância à dor.

A percepção de um estímulo doloroso pode estar alterada por uma interrupção no mecanismo de recepção, transmissão ou de interpretação do impulso doloroso. Um traumatismo ou um tumor medular pode interromper a transmissão do estímulo e o doente não sente dor na área afectada. A fadiga, desconforto, insónia, ansiedade, medo, angustia, abandono social, dor persistente e sem alívio, influenciam a percepção de dor, diminuindo a sua tolerância^{38,53}.

Poder-se-ia pensar que quanto mais dor uma pessoa sente maior tolerância apresenta, no entanto, vários estudos referem que a percepção à dor é influenciada pelas experiências dolorosas anteriores¹⁵. As crianças, ao experimentarem repetidos episódios de dor (doentes com artrite reumatóide juvenil), têm um limiar de dor significativamente mais baixo do que as crianças saudáveis⁵⁴.

A ideia que as crianças são incapazes de experimentar/perceber dor foi abandonada e passou para a posição de mito^{35,55,56}. No início do século XX pensava-se que a mielinização do sistema nervoso era indispensável para a percepção e transmissão da dor; no entanto, esta ideia veio a revelar-se falsa uma vez que a percepção e transmissão da dor faz-se através de fibras pouco mielinizadas (A δ) ou amielinizadas (C)^{10,11,43}.

Ao nascimento o sistema neurológico, relacionado com a transmissão e modulação da dor, está completo, intacto e perfeitamente funcional^{11,43,44}. As crianças pequenas podem inclusivamente sentir mais dor que os adultos, as suas estruturas nervosas possuem mais substância P, mais receptores de dor e os sistemas inibidores da dor, ao contrário dos facilitadores, estão pouco desenvolvidos na criança pequena^{43,44}.

Uma atitude comum na sociedade é associar a tolerância à dor com a capacidade de sofrimento. As pessoas com grande tolerância à dor (capacidade de sofrimento) são consideradas como tendo um grande carácter ou bons doentes^{11,56}.

A tolerância à dor, ao ser uma resposta individual de cada um ao estímulo doloroso, é influenciada por múltiplos factores psicossociais. Daí ser mais importante ao enfermeiro avaliar a tolerância à dor da criança do que avaliar a possível intensidade ou duração desta, uma vez que a tolerância determina a experiência dolorosa na criança². Encorajar a criança a tolerar a dor é apenas retardar o seu tratamento e aumentar o seu sofrimento⁷.

Acreditar que as crianças têm menos tolerância à dor que os adultos pode levar a pensar que estas exageram nos seus protestos em relação à dor que sentem e assim negligenciar o seu alívio⁸.

Influencias étnicas e culturais

Apesar de ainda haver pouca investigação, o interesse pela forma como a cultura modifica as reacções

à dor na criança tem vindo a aumentar nas duas últimas décadas. De igual modo, devemos estar atentos para o impacto que a cultura tem na percepção do enfermeiro sobre a dor da criança. Martinelli⁵⁷ refere a propósito que os técnicos de saúde são muitas vezes etnocêntricos, não tendo em conta estes factores.

Weisenberg, ao efectuar uma revisão da literatura científica respeitante a diferenças culturais sobre a dor, concluiu que as manifestações de dor se deviam mais a factores de ordem cultural individual do que a diferenças de sensibilidade para com o estímulo doloroso³⁸.

O antropologista Zborowski observou dois estados de comportamento como resposta à dor, que descreveu como “comportamento orientado para o presente e comportamento orientado para o futuro”³⁸. Nas suas pesquisas, Zborowski constatou que os judeus e italianos exteriorizavam mais a sua dor no sentido de procurarem apoio e simpatia, procuravam o alívio imediato para a dor e eram cépticos e desconfiados em relação ao futuro (continuavam a queixar-se muito mesmo depois da dor ter diminuído de intensidade e sofriam de angustia em relação ao que o futuro lhes reservava). Os anglossaxónicos exteriorizavam menos a sua dor, e as reservas quanto ao futuro eram em menor grau.

Os valores culturais veiculados pela sociedade como o sofrer em silêncio, “gente grande não deve chorar” ou ainda “os homens não choram”, marcam e influenciam por toda a vida a resposta à dor^{48,53}.

Vários estudos antropológicos ilustram a influência dos valores culturais na experiência de dor³⁸. A dança do sol dos índios Pés-negros da América do Norte e o ritual da suspensão do anzol na Índia são exemplos paradigmáticos.

Ngergi escreve, acerca das crenças dentro de tribos africanas, que estas estão culturalmente definidas. Nesta tribo, aos homens Kikuyu ou Masai, espera-se que estejam quietos na resposta à dor; enquanto as mulheres podem chorar ou agir da maneira que quizerem excepto durante o trabalho de parto, onde o estoicismo é esperado². Nestes casos, dor e cultura estão associados, e as respostas comportamentais estão identificadas como regras e tradições da sociedade.

Bernstein e Pachter⁵⁸ estudaram a influência da cultura na experiência dolorosa, e sugerem:

- variações individuais na percepção e resposta à dor a estímulos nocivos, aparentemente similares;
- que factores cognitivos e saberes e práticas subjacentes interferem na experiência individual de dor;
- diferentes modelos explicativos de doença e respectivas condições culturais;
- aprendizagem da família e sociedade.

Os estudos existentes relacionados com dor e cultura na criança colocam questões semelhantes às dos adultos. Em algumas situações, dor e cultura estão muito associadas, sobretudo quando as respostas e comportamentos estão relacionados com regras e tradições de uma sociedade².

Abu-Saad⁵⁴, ao estudar através de entrevistas semi-estruturadas as causas, cores, descrições, sentimentos, mecanismos de adaptação e aspectos po-

sitivos da dor em 24 crianças com idades entre os 9-12 anos, que pertenciam a três grupos culturais diferentes (latino-americanas, asiático-americanas e árabe-americanas) concluiu que as crianças árabes e latino-americanas usaram palavras mais sensíveis, e as outras escolhiam palavras mais afectivas e avaliativas para descrever a sua dor.

O ambiente

A dor é influenciada pelo ambiente desde o período neonatal⁴⁴. As mães descrevem com frequência um choro mais inquieto do seu filho quando se sentem inseguras ou angustiadas. A noção de consolo também é notória quando a mãe acaricia o seu filho, lhe pega e o envolve no seu corpo.

Uma criança pode achar intolerável, no hospital, os tratamentos que suporta em casa⁴⁴. As experiências negativas anteriores do hospital, restrição das visitas, ausência dos pais ou o corte com o mundo exterior são exemplos que contribuem para essa situação.

As alterações no ambiente como o isolamento, escuridão ou outras situações em que esteja presente o elemento de privação sensorial aumentam a ansiedade e a percepção de dor³⁸.

Desenvolvimento cognitivo e compreensão de dor

As diferentes teorias do desenvolvimento tem contribuído para que o universo das capacidades e necessidades da criança sejam compreendidas e aceites por todos aqueles que se ocupam do seu bem-estar e desejam proporcionar-lhes as condições favoráveis para o seu desenvolvimento.

Warni⁶⁰ descreve a dor como um complexo fenómeno de desenvolvimento cognitivo, o que realça bem o quanto este aspecto, na dor pediátrica, merece por parte do enfermeiro uma atenção particular.

A forma como a criança compreende a dor assemelha-se à sua compreensão da doença em geral. Com o crescimento e desenvolvimento evoluem as suas habilidades e compreendem mais sobre elas próprias, o que tem implicações na sua forma de lidar com a dor. Um estudo de Eiser e Patterson⁶¹ reflecte o desenvolvimento da compreensão, pelas crianças dos seus corpos e das funções realizadas pelos vários órgãos.

À medida que progride o desenvolvimento da criança, aumentam as capacidades e habilidades, factor importante a considerar pelo enfermeiro quando explica à criança a sua dor, doença e procedimentos que são necessários ao seu tratamento.

O desenvolvimento cognitivo das crianças nem sempre condiz com a sua idade cronológica, pelo que é importante considerar este aspecto quando falamos com a criança⁵⁶.

Num estudo efectuado por Brewster⁶² em crianças hospitalizadas com doença crónica dos 5-13 anos de idade, verificou-se que as respostas das crianças podiam ser classificadas numa sequência de três estádios do desenvolvimento conceptual, sobre a compreensão da causa das suas doenças.

Crianças com menos de sete anos sentiam que a doença era causada por uma acção humana. As de 7-10 anos de idade pensavam que havia uma causa

física para a sua doença, ao passo que crianças mais velhas tinham um conceito mais complexo das suas doenças e pensavam que elas resultavam de múltiplas causas e uma interacção de acontecimentos.

Curiosamente, também é referido um estudo efectuado por Savedra, et al.⁶³, que as crianças hospitalizadas descreviam a sua dor de forma diferente das crianças não hospitalizadas, e as causas de dor estavam mais relacionadas com a hospitalização.

A sequência do desenvolvimento, dos três estádios de Brewster⁶² assemelha-se à compreensão da dor em crianças, como pode ser visto no estudo de Gaffney e Dunn⁶⁴, o qual providencia três estádios na definição da dor como um conceito. O estudo foi efectuado em 680 crianças com idades compreendidas entre os 5-14 anos, às quais era dada uma tarefa de acabamento de uma afirmação relacionada com aspectos da dor.

Definições concretas – a dor foi definida pela localização ou propriedades físicas desagradáveis, ou em termos de associação com uma doença (5-7 anos de idade).

Definição semiabstracta – a dor foi definida em relação com sentimentos ou sensações. A dor foi descrita em termos das suas qualidades tais como “doer” ou “ferida” (8-10 anos).

Definições abstractas – a dor foi definida em termos fisiológicos e psicológicos ou num misto de ambos. Foi vista como tendo um conteúdo emocional forte e um objectivo (11 anos).

O estudo demonstrou que os conceitos de dor das crianças seguiam uma sequência de desenvolvimento que reflecte a teoria de Piaget. Vários estudos demonstraram que as respostas das crianças à dor estão ligadas ao desenvolvimento cognitivo⁶⁵. Comportamentos tais como gritos, choro, diminuía quando a criança tinha sete anos de idade, sendo esta idade na qual se desenvolve o pensamento operacional concreto.

A resposta à dor sob influência do desenvolvimento cognitivo vai depender das experiências dolorosas anteriores, da idade e estádio de desenvolvimento, do significado atribuído à doença e estímulo doloroso.

A teoria de Piaget do desenvolvimento cognitivo propõe quatro estádios no desenvolvimento do pensamento lógico. Demonstra como as crianças aprendem a compreender o mundo pela aprendizagem do raciocínio abstracto, pensamento lógico e organizam as funções intelectuais, ou desempenhos².

Piaget define o desenvolvimento cognitivo a partir de dois mecanismos básicos: assimilação e acomodação. Afirma ainda que o desenvolvimento se faz por etapas sucessivas (estádios), em que as estruturas intelectuais se constroem progressivamente. Cada novo estádio representa uma forma de equilíbrio cada vez maior, que permite uma adaptação mais adequada às circunstâncias problemáticas da realidade. Assim, cada estádio anuncia em parte os estádios seguintes.

O objectivo do desenvolvimento cognitivo é atingir o equilíbrio. Isto é conseguido através da organização e adaptação. A adaptação ocorre através de processos de assimilação (integrando informação e fazendo um mapa ou esquema no cérebro, o qual pode ser subsequentemente emendado) e acomoda-

ção (a nova informação é ajustada para adaptar um esquema existente).

Os quatro estádios *major* de Piaget² são: o sensoriomotor, pré-operatório, operacional concreto e operacional formal.

Estádio sensoriomotor (0-2 anos), com seis subestádios – Respostas reflexas simples, para manipular objectivamente o ambiente. Compreensão básica da causa-efeito, resolução de problemas e imitação. Como sabemos, a inteligência sensoriomotora é essencialmente prática e apoia-se exclusivamente sobre as percepções e os movimentos, através de uma coordenação dos dados sensoriais e de movimento, sem que intervenha ainda a representação ou o pensamento. Esta começa por uma assimilação preponderante e deformante da realidade, e a acomodação à experiência continua superficial e dominada pelas aparências perceptíveis, pois a noção de espaço e objecto está ligada à acção e percepção².

Estádio pré-operacional (2-7 anos) – A criança encontra dificuldades na distinção do real e não real e os pensamentos mágicos abundam. Neste estádio as crianças não tem habilidades para generalizar sobre as coisas ou tomar decisões. Isto significa que a criança não consegue realizar a necessidade de se queixar formalmente sobre a sua dor, no sentido de conseguir ajuda para ela. Beales (1983) verificou que as crianças neste estádio estavam mais interessadas nas características superficiais da dor e da doença, o que pode explicar a sua predisposição para ligaduras e pensos para cobrir a causa. A criança encontra dificuldades na distinção entre a causa e o efeito, pelo que tem dificuldade em ver a relação entre uma injeção analgésica e o alívio da dor².

Estádio das operações concretas (7-11/12 anos) – O alargamento do pensamento aos 7-8 anos permite à criança adquirir aptidões novas, tais como: a orientação no tempo e no espaço que são agora apreendidas como contínuas e independentes do sujeito; o jogo das regras – a importância do grupo, e o realismo intelectual, que lhe vão permitir a reversibilidade das operações intelectuais, pressupondo-se uma colaboração íntima entre a experiência e a dedução. O pensamento torna-se mais lógico, a criança é capaz de seleccionar, classificar, organizar objectos e conceitos. Elas são capazes de manusear mais que um aspecto de uma situação. O raciocínio torna-se indutivo. A criança é capaz de relacionar a sua sensação de dor com o facto desta as fazer infelizes ou mal-humoradas.

Estádio das operações formais (12-15 anos) – O pensamento abstracto é possível e o pensamento lógico está presente. As hipóteses podem ser desenvolvidas. As crianças compreendem a ocorrência de processos fisiológicos, e pensam mais profundamente sobre o que a sua dor significa.

Sabe-se hoje que os factores cognitivos podem modular a experiência de dor⁶⁶. O modo como a criança interpreta os sinais de dor influencia a sua percepção à dor. Este facto pode e deve ser utilizado pelos enfermeiros quando cuidam, pois um significado positivo em relação à dor pode ser benéfico para o seu alívio. Contudo, também é possível produzir

uma interpretação inadvertidamente incorrecta agravando a percepção dolorosa⁵⁶. O cérebro humano não é capaz de percepção conscientemente todos os estímulos que lhe chegam a cada momento, “princípio da inundação sensorial”³⁸. A maioria dos estímulos são ignorados e esta selecção é passível de aprendizagem⁵⁶. Reside aqui o sucesso de algumas terapêuticas não farmacológicas.

4. Respostas à dor

A resposta de uma pessoa à dor inclui inúmeras manifestações fisiológicas (voluntárias e involuntárias) e comportamentais (verbais e não verbais)^{11,48,53,66,67}.

As respostas fisiológicas à dor tem uma função protectora e prepara o organismo para evitar ou enfrentar a dor. As manifestações fisiológicas voluntárias consistem em movimentos reflexos do organismo no sentido de evitar a acção do estímulo doloroso. As reacções involuntárias envolvem órgãos e glândulas internas e consistem normalmente em midríase, tensão muscular esquelética, aumento da tensão arterial, taquicardia, polipneia, palidez, sudação, anorexia, náuseas, vômitos, insónias, inquietação e irritabilidade^{48,53}.

Ao contrário das manifestações fisiológicas as comportamentais diferem muito de pessoa para pessoa⁵³. Estas manifestações podem ser tão diversas como gemidos, choro, lacrimejo, agitação, gritos, franzir a testa, expressão facial monótona, piscar os olhos rapidamente ou adoptar posições antiálgicas^{48,53,68}.

As manifestações comportamentais de dor são influenciadas por variados factores que vão desde antecedentes étnicos, culturais, experiências de infância, educação, idade, estágio de desenvolvimento cognitivo, estado emocional, experiências dolorosas do passado, a incerteza, condição física, tipo de dor, etc.^{48,53,69}. Fruto do desenvolvimento cognitivo e da vivência sociocultural, elas são mais ajustadas à resposta fisiológica quanto mais baixa é a idade da criança e a sua incapacidade de comunicar verbalmente a dor, porque são menos influenciadas pelos factores intervenientes na sua modulação⁵⁶.

O enfermeiro também tem o seu capital cultural, e saberes e práticas em relação à criança com dor. Se o enfermeiro valoriza a atitude de sofrer em silêncio, pode reagir negativamente a uma criança que dá livre expressão verbal à dor¹¹. Esta atitude do enfermeiro é normal, e reflecte os seus próprios valores sociais e pessoais. Se essas diferenças são reconhecidas e aceites, o enfermeiro terá capacidade para aceitar as diferenças e planear cuidados de uma forma eficaz, sem deixar que estas diferenças prejudiquem a capacidade de avaliar e cuidar da criança com dor.

A ansiedade, medo, e a exaustão não só influenciam a percepção da dor como também agravam a resposta à experiência dolorosa. Uma criança que experimentou dores intensas provavelmente apresentará um maior grau de ansiedade face à expectativa de outra experiência dolorosa^{15,48}.

Estratégias de adaptação à dor na infância são muito difíceis de distinguir das estratégias de adaptação ao stress². A dor é sempre um factor de stress, mas o stress nem sempre provoca¹⁵.

A criança possui um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar o stress. Em geral, as reacções comportamentais estão relacionadas com a sua idade.

Lactentes

A dor humana é um atributo da pessoa, que pressupõe uma componente neurológica, mas também a memorização e o repercutir psicológico que lhe dão uma clara implicação em comportamentos futuros⁴⁴. Até há bem pouco tempo era consensual que o recém-nascido era incapaz de se lembrar da dor, isto devia-se a uma variedade de razões, incluindo a imaturidade do sistema nervoso¹¹. Contudo, cada vez mais existem evidências que demonstram que, embora a criança não verbalize a sua dor, revela alterações comportamentais após actos dolorosos (alimentação, sono, irritabilidade, alterações de controlo dos esfíncteres, aumento da actividade, baixa saturação de oxigénio, taquicardia, etc.) que nos fazem concluir o inverso^{11,15,44}.

Aproximadamente aos 4-6 meses, os lactentes não reagem apenas à estimulação dolorosa, mas a uma variedade de factores perceptíveis no seu ambiente, demonstrando memorização das experiências dolorosas anteriores². A reacção perante a bata depois de uma primeira vacinação é frequente⁴⁴. Elas reagem intensamente com resistência física e falta de cooperação. Podem recusar-se a permanecer quietas, empurrar a pessoa ou tentar escapar. A distração pode ser pouco útil, e a preparação antecipada pode aumentar o medo e resistência física.

No estudo desenvolvido por Salantera⁸, 30% dos enfermeiros pediátricos finlandeses acreditavam que os lactentes não tinham capacidades para memorizar a dor ou não souberam responder.

Criança dos 1-3 anos

As crianças nesta faixa etária têm um conceito sobre o seu corpo pouco desenvolvido, particularmente os limites corporais. Para elas as experiências invasivas são altamente ansiogénicas (avaliação de temperatura rectal), e podem reagir a tais procedimentos não dolorosos tão intensamente como reagiria a estímulos dolorosos².

As crianças deste grupo etário reagem a qualquer experiência dolorosa ou percebida como tal, com perturbação emocional e resistência física acentuada. Os comportamentos mais frequentes são: caretas, cerrar os lábios e os dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, agressividade (morder, bater ou fugir).

Por volta dos 3 anos são capazes de comunicar verbalmente a sua dor; embora não consigam descrever ou explicar a sua intensidade, são capazes de a localizar. Podem dizer que lhes dói a barriga, a perna, etc.⁷⁰.

Criança dos 4-6 anos

Os conflitos psicosexuais da criança deste grupo etário torna-as mais vulneráveis a ameaças de lesão corporal. Os procedimentos dolorosos representam uma ameaça para elas, cujo conceito de

imagem corporal está pouco desenvolvido e o medo da mutilação está no auge. Para elas o medo de perder qualquer parte do corpo é ameaçadora, os seus medos de castração dificultam ainda mais a compreensão de procedimentos médicos / enfermagem ligados à área genital, tais como a circuncisão e algáliação². Não conseguem compreender a incapacidade dos pais em acabarem o seu sofrimento, e a sua separação destes agrava a intensidade da experiência dolorosa⁴⁴.

As reacções à dor vão-se modificando durante este período, apresentando um crescente autocontrolo enquanto experimentam dor. As reacções mais frequentes são agressão física, expressão verbal e dependência².

Idade escolar

Devido às suas habilidades cognitivas em desenvolvimento, estas crianças têm uma noção das diferentes doenças, dos possíveis perigos dos tratamentos, das consequências a longo prazo de lesão permanente ou perda de função e do significado da morte. Por volta dos 9-10 anos, a maioria das crianças demonstra pouco medo ou resistência manifesta à dor. Comunicam verbalmente a sua dor e conseguem descrevê-la. Geralmente já aprenderam alguns métodos passivos de aliviar a dor, como permanecer de olhos fechados, quietos, ou tentar agir corajosamente⁶⁷.

Adolescente

Os adolescentes pensam na doença em termos de uma alteração interna; as suas ideias sobre a fisiologia normal e mecanismos da doença podem por vezes nada ter a ver com a realidade⁵⁶. O jovem associa a sua dor com a sua condição e tende a considerá-la em relação às suas implicações nos seus objectivos de vida e actividades diárias⁵⁶. Isto conduz ao desinteresse por actividades antes desempenhadas e a desenvolverem fantasias sobre a natureza das alterações responsáveis pelas suas dores (Anexo II).

As respostas da criança à dor crónica são muito diferentes das respostas do organismo à dor aguda. O organismo não tem capacidade para manter, por períodos muito longos, a resposta autónoma constituída por aumento de tensão arterial, pulso e respiração⁴⁸. Por isso, ocorre uma adaptação do organismo, podendo não se detectar alterações fisiológicas. Uma criança que desenvolveu mecanismos para lidar com a sua dor crónica pode apresentar-se calma, ter uma aparência por vezes relaxada e até ocupada (ver televisão, brincar, ou mesmo dormir)⁷¹.

Se o enfermeiro não estiver atento para as diferenças existentes entre dor aguda e dor crónica, pode interpretar erradamente que a ausência de expressão de dor possa significar ausência de dor^{7,48}. A diminuição dos sinais observáveis de dor não significam a sua ausência, por isso quando se observa uma criança não se pode saber de imediato se está ou não a sofrer^{7,71}.

Num estudo desenvolvido na Finlândia, a maioria dos enfermeiros pediátricos achavam que as crianças que dormiam não podiam estar a sentir dor e

que só acreditavam que a criança tinha dor quando esta a manifestava verbalmente e estava calma⁸.

5. Avaliação da dor

Um dos avanços mais importantes no estudo e tratamento da dor tem sido o conhecimento adquirido na forma de a medir e avaliar⁷². Saber quantificar a dor na criança é o primeiro passo para o seu correcto tratamento^{11,73}.

Uma das causas apontadas para o subtratamento da dor pediátrica tem sido a dificuldade com que os profissionais de saúde pediátricos se deparam na avaliação da dor experienciada pela criança^{11,14,72}.

Segundo Price⁷³ é importante compreender a diferença entre avaliar e medir a dor. A avaliação vai para além da medição. Avaliar a dor implica descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa (tipo de estímulos, respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais à dor, factores ambientais e situacionais, o que nos é dito pela criança e pais, etc.). A medição é a descrição quantificada da dor através de uma escala relacionada com a sua intensidade e consequentes respostas comportamentais sem considerar outros factores da experiência dolorosa⁷³.

A complexidade do fenómeno dor é um obstáculo à sua avaliação em pediatria^{3,73}. Analisando a definição de dor é possível verificar a dificuldade em medi-la, devido à sua natureza subjectiva e ao seu carácter multidimensional. Trata-se de objectivar um fenómeno fundamentalmente subjectivo, sujeito a uma grande variabilidade individual, na qual a própria pessoa é o seu melhor avaliador⁷². A tudo isto, acresce uma dificuldade suplementar em pediatria, que está aliada ao desenvolvimento psicomotor, intelectual e afectivo que se traduz em alguma incapacidade da criança comunicar a sua dor⁷⁴.

A avaliação da dor é igualmente marcada por uma dupla subjectividade, de quem a sofre e de quem a aprecia⁷⁵. De facto, a avaliação da dor sentida pela criança está dependente de crenças, mitos e saberes e práticas que o prestador de cuidados tem em relação à dor⁷³. Exemplos vulgares são que as crianças dizem sempre a verdade sobre a dor e que crianças sonolentas ou activas não podem estar a sofrer de dores⁷⁶, uma criança sedada tem menos dor⁷² ou que a criança que refere alívio após toma de um placebo não tem uma dor real^{7,72}.

Rundshagen, et al.⁷⁷, ao estudar as avaliações de dor feitas pelos doentes e enfermeiros, encontrou discrepâncias importantes; os enfermeiros subestimavam a dor em relação aos doentes. Sjostrom, et al.⁷⁸, ao analisar a avaliação que as enfermeiras faziam da dor no pós-operatório, verificou que as mais experientes (mais de 10 anos de profissão) eram as que menos prezavam esta actividade. Jacob e Puntillo⁷⁹ apuraram que as enfermeiras pediátricas acreditavam que a avaliação da dor era uma actividade fundamental para o alívio eficaz da dor, mas na prática não o faziam.

Os métodos que os profissionais de saúde utilizam para comunicar entre si a dor dificultam igualmente a avaliação, e consequentemente o tratamento da dor⁷³. Comunicar por escrito ou verbalmente

que uma criança está algo desconfortável ou com dores pode não significar a mesma coisa para diferentes enfermeiros.

A avaliação da dor pediátrica é uma actividade contínua de observação, entrevista, exame, medição e teste, em que os cuidados planeados após uma avaliação da dor devem possuir objectivos mensuráveis de modo a que a intervenção do enfermeiro possa ser adequadamente avaliada⁷³. O objectivo da avaliação da dor deve ser a de proporcionar informação no sentido de determinar quais as acções que devem ser levadas a cabo para aliviar a dor e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia dessas acções.

Um dos princípios fundamentais em todos os aspectos da enfermagem pediátrica é uma correcta apreciação do desenvolvimento físico, intelectual, fisiológico, e psicológico da criança em cada um dos seus estádios de desenvolvimento, assim como o conhecimento da forma como é afectada pela experiência dolorosa³. Para além dos pais, elementos preciosos para um conhecimento profundo da criança, a observação é um instrumento privilegiado em pediatria de valor crescente (quanto menor a idade da criança e/ou impossibilidade de comunicação verbal)⁶⁷.

As alterações de comportamento na criança podem ir da irritabilidade à letargia, da insónia à sonolência, da agitação à prostração, passando pela rigidez corporal; alterações do padrão de sono e alimentação são sinais decisivos (se bem que indefinidos) que os enfermeiros pediátricos devem estar habilitados a interpretar^{3,14,67,72}. A expressão facial (franzir a testa, fazer uma careta, cerrar os dentes), a linguagem corporal e as relações estabelecidas, se bem que não quantifiquem directamente a dor, proporcionam dados objectivos extremamente úteis^{14,67,72}.

As variações nas respostas fisiológicas à dor, como sudorese, alterações nos sinais vitais, agitação e midríase^{14,67,72} são úteis em procedimentos de curta duração que provoquem dor aguda. Contudo, na maioria das dores cirúrgicas e relacionadas com doenças, ocorre rapidamente uma adaptação fisiológica e estas alterações deixam de existir⁷⁰.

A dor, ao ser avaliada pelas respostas fisiológicas e comportamentais, pode-se revelar numa atitude irresponsável por parte do enfermeiro, uma vez que a criança que não manifeste esses sinais exteriores de dor não significa necessariamente que não esteja a sofrer (mecanismo de adaptação à dor crónica)^{48,80}.

Um outro factor de suma importância na avaliação da criança com dor é, sem dúvida, o facto da criança internada ter uma multiplicidade de pessoas a cuidar dela, o que indubitavelmente provoca uma descontinuidade de observação dos sinais de dor⁷³.

Apesar dos avanços realizados na área da avaliação da dor na criança, ainda hoje não existe uma solução técnica universalmente aceite¹¹. No entanto, é consensual que na avaliação da experiência dolorosa da criança intervêm factores comportamentais, fisiológicos e psicológicos^{11,14,72,73}.

Como a dor é uma experiência essencialmente subjectiva, a sua avaliação deve valorizar a percepção de quem a experimenta. Antigamente, acreditava-se que as crianças não fossem capazes de quan-

tificar fenómenos abstractos como a intensidade da dor. Todavia, as investigações têm apurado que são capazes de revelar os vários níveis do seu sofrimento, na medida em que lhe seja proporcionado um instrumento adequado à sua execução⁷⁰.

Muitos destes instrumentos assemelham-se a brinquedos ou jogos, mas constituem uma tentativa séria e importante de medir essa complexa estrutura, subjectiva e ilusória, em pessoas imaturas³.

Os instrumentos que permitem o autorrelato são os melhores indicadores da experiência subjectiva da criança^{14,70}. Quando cuidadosamente ensinadas a usar estes instrumentos, elas descrevem os vários níveis e características do seu desconforto^{14,70}.

Sem dúvida que as crianças não possuem a mesmas habilidades cognitivas que os adultos para quantificar e qualificar um fenómeno abstracto. Torna-se imperioso usar métodos que facilitem a comunicação com a criança. Ou seja, os instrumentos de medição devem acomodar os níveis de desenvolvimento da criança^{11,14,70,80}.

É importante realçar que uma criança pode negar a existência de dor, se o profissional de saúde lhe for estranho, se julga que esperam que ele seja corajoso, se tiver medo, ou se pensar que pode vir a levar injecções para tratar a sua dor^{3,80}.

Crianças com menos de 7-8 anos de idade apresentam limitações na sua capacidade de caracterização verbal da dor. No entanto, quando solicitadas a darem detalhes acerca das suas experiências dolorosas, as crianças são capazes de fazê-lo, descrevendo e explicando o que precisavam para a aliviar⁷⁰. Crianças com menos de 5 anos podem dar informações úteis quanto à existência ou não de dor, não conseguindo contudo quantificá-la⁸⁰.

A introdução de instrumentos de medição na prática cuidativa diária cria a visão de uma aproximação sistemática à medição da dor, um sistema no qual crenças pessoais, saberes e práticas e subjectividades são reduzidos ao mínimo⁸¹. Mais, a criança passa a ser o perito na avaliação das suas próprias dores^{7,73}.

Como norma, os métodos objectivos (avaliados pelos profissionais de saúde) só devem ser utilizados quando os métodos subjectivos (autorrelato) não são possíveis¹⁴.

A avaliação da dor em lactentes é necessariamente indirecta^{14,70}. Usam-se parâmetros comportamentais (choro, gritos, expressão facial, movimentos corporais, resposta a estímulos, comportamento em geral) e fisiológicos (pulso, respiração, tensão arterial, sudorese, hipoxiaemia, níveis de cortisol). A escala Amiel-Tison agrupa alguns destes indicadores⁷⁴.

Para a criança em idade pré-escolar foram desenvolvidos um grande número de instrumentos de avaliação da dor. Os que se baseiam na observação do profissional de saúde (comportamento em geral, manifestações de stress) de que são exemplos as escalas de dor infantil de Gustave-Roussy (DEGR), escala de dor do Hospital Infantil do Leste de Ontario (CHEOPS), escala de Gauvain-Piquard, et al.^{70,74}.

Os instrumentos de autorrelato são usados nas crianças na fase de desenvolvimento cognitivo, denominada por Piaget de pré-operacional. Entre os

3-7 anos a criança é normalmente incapaz de simbolizar e quantificar, o que constitui um desafio para os profissionais de saúde⁷⁰. A base dos instrumentos usados neste estágio permitem à criança identificar os vários níveis de intensidade de dor que sente. São exemplos:

- **Escala de faces**⁶⁷
- **Escala de OUCHER**⁷⁰
- **Lascas de madeira**⁷⁰
- **Escala das peças**⁸³
- **Escala de copos**¹¹
- **Escala numérica para avaliação da dor**²
- **Inventário de dor pediátrica**⁸⁴

As crianças em idade escolar encontram-se na fase das operações concretas, com capacidade para compreenderem fenómenos abstractos⁷⁰. Para além dos instrumentos anteriores podem ser usadas:

- **Escalas analógicas visuais**²
- **Escalas de classificação numérica**⁷⁰
- **Questionários de dor pediátrica**⁸⁵
- **Desenho**
- **Diários**

Sob o ponto de vista do desenvolvimento cognitivo, os adolescentes estão no estágio das operações formais, pelo que usam sem dificuldade os instrumentos anteriormente referidos, ou mesmo escalas criadas para adultos⁷⁰. Podem incluir, nas suas descrições da experiência dolorosa, factores psicológicos e emocionais⁷⁰. É importante referir que os adolescentes doentes podem regredir no seu desenvolvimento, pelo que é necessário uma adaptação constante dos instrumentos a usar com as suas habilidades cognitivas, da mesma forma que se faz para as crianças mais pequenas⁷⁰ (Anexo III).

A utilização destes e outros instrumentos permite aos enfermeiros planear e avaliar a eficácia das suas intervenções no alívio da dor, reduzir a influência de opiniões, crenças e saberes e práticas de alguns profissionais nessa mesma avaliação, e permitir às crianças tornarem-se as próprias na avaliação da sua própria dor⁷³.

Todavia, os enfermeiros precisam de desenvolver estratégias e perícia no campo da selecção dos instrumentos mais indicados, feita em função duma multiplicidade de factores. Só assim se conseguirá a definição de objectivos mensuráveis e a implementação dum plano de cuidados pertinente e adequado⁷³.

Capítulo II – A expressão do cuidado à criança com dor e sua família

Este capítulo situa-nos no paradigma da simultaneidade na orientação das intervenções de enfermagem no cuidado à criança com dor e sua família.

Apresenta as intervenções cuidativas farmacológicas e não farmacológicas, desmonta os principais mitos e crenças e descreve novas abordagens no alívio da dor pediátrica.

1. Teorias de suporte no cuidar

Hoje em dia os enfermeiros têm ao seu dispor mais recursos e métodos para aliviar a dor dos que sofrem. Todavia, a gestão destes métodos e recur-

sos continua a traduzir-se por saberes e práticas fundadas em crenças e concepções míticas que há muito a ciência já esclareceu e desmistificou^{8,86}.

Segundo McCaffery e Ferrell, os jovens antes de enveredarem pela carreira de enfermagem já possuem conceitos errados sobre a dor, fruto da sua socialização⁸. Neste sentido, deve ser realizado um esforço adicional para inverter tal situação, caso contrário continuaremos a assistir a diferentes modos de cuidar dos que sofrem com dor, dependendo dos saberes e práticas, crenças e concepções de cada enfermeiro.

Orientar a prática de enfermagem, de acordo com uma Teoria de Enfermagem, significa que subjacente a essa prática existe uma linha condutora, sustentada por conceitos e pressupostos que definem a profissão, os seus objectivos e finalidades em congruência com um paradigma.

Os paradigmas são correntes de pensamento, formas de ver e compreender o mundo, que influenciam o desenvolvimento dos saberes e do saber-fazer no seio das disciplinas⁸⁷.

A forma como os enfermeiros conceptualizam os principais centros de interesse da enfermagem (cuidar, pessoa, saúde e ambiente) é determinante para o seu enquadramento paradigmático e selecção da Teoria de Enfermagem que guia a sua prática⁸⁷.

Durante muito tempo a enfermagem viveu sob a égide de uma visão mecanicista ou biomédica. Encostada à medicina, o objectivo da enfermagem era promover a saúde, tratar e prevenir a doença. A pessoa era entendida como o somatório do corpo e mente, o ambiente como um conjunto de estímulos internos e externos que envolvem a pessoa, e a saúde como um processo dinâmico de bem-estar físico e mental que pode ser melhorado pela manipulação do ambiente, com a finalidade de estabelecer um equilíbrio de adaptação. O enfermeiro intervém a título de conselheiro ou perito. Esta forma de conceber a enfermagem ainda predomina e insere-se no paradigma da totalidade⁸⁷.

Contudo, e segundo a mesma autora, emerge um novo paradigma: o da simultaneidade. A essência da enfermagem centra-se numa visão holística do cuidar. A pessoa é vista como mais do que o somatório de partes, como um ser aberto livre de escolher o seu caminho, que dá sentido às situações vividas e é responsável. Está em permanente mudança, fruto da interacção mútua e simultânea com o mundo que a rodeia. Importa sublinhar que a noção de pessoa é alargada, englobando a família, grupo e comunidade⁸⁸.

A saúde é entendida como um processo em desenvolvimento, uma experiência pessoal de vida que depende da prioridade dos valores de cada um. É um bem-estar e de realização do seu potencial de criação.

Ambiente é uma parte do universo da qual a pessoa faz parte, e que se caracteriza pela sua constante mudança com ritmo próprio e orientação imprevisível, fruto da interacção mútua e simultânea com a pessoa⁸⁸.

O cuidar visa manter o bem-estar definido por cada pessoa. A enfermeira mobiliza todos os seus saberes em prol da qualidade de vida, segundo a perspectiva pessoal de cada um, acompanhando as

suas experiências de vida, ao estar sempre presente, ao estabelecer parcerias nos cuidados, no respeito mútuo, no estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda que possibilite o desenvolvimento do potencial de cada pessoa⁸⁸.

O objectivo da enfermagem é a qualidade de vida da pessoa na sua própria perspectiva. E o enfermeiro intervém numa atitude de parceria ou acompanhamento onde a figura de autoridade é a pessoa⁸⁷.

Para orientar a prática dos cuidados à criança com dor e sua família, o enfermeiro pediátrico deve adoptar um modelo conceptual de enfermagem em congruência com o paradigma da simultaneidade. A abordagem da criança e sua família deve ser feita de forma holística, com respeito pelas suas diferenças, considerando as suas crenças e práticas culturais⁴. Neste sentido, os cuidados são actos humanos criativos, únicos e personalizados⁸⁸.

Quando orientados em congruência com o paradigma da simultaneidade, a pessoa tem o dever e o direito de participar no planeamento, execução e avaliação dos cuidados que lhe são prestados, pelo que devem ser desenvolvidos em parceria. A prática rege-se por pressupostos em que o enfermeiro demonstra um envolvimento pessoal e profissional que testemunha uma efectiva presença, autenticidade, respeito e interesse pelas particularidades de cada um, promovendo as bases de uma relação de ajuda⁸⁸.

Cuidar de uma criança com dor e sua família passa pela vivência conjunta de uma relação partilhada, cuja presença, disponibilidade, escuta, acompanhamento, autenticidade e confiança mútua facilita o desenvolvimento das potencialidades da criança e família que as ajudam a encontrar o caminho que desejam para dar sentido às suas experiências⁸⁸.

Por último, o enfermeiro reconhece o contributo de outros elementos da equipe de saúde para melhorar a qualidade de vida da criança e família, e a utilização de um modelo teórico de enfermagem congruente com este paradigma da simultaneidade, como é a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidar de Leininger e a teoria do *Human Care* de Jean Watson.

Independentemente do modelo que guia a prática de enfermagem, os enfermeiros desempenham um papel chave na prevenção e alívio da dor na criança ao garantirem um permanente ambiente de carinho, segurança e conforto através duma multiplicidade de funções orientadas para a criança e sua família².

Para esta autora, o enfermeiro deve agir como advogado de defesa da criança ao assegurar que não seja sujeita a procedimentos dolorosos desnecessariamente e que os analgésicos prescritos sejam realmente eficazes. A avaliação da dor deve ser uma actividade contínua e dinâmica como se de um sinal vital se tratasse. A relação estabelecida pelos enfermeiros com os vários elementos da equipa multidisciplinar, bem como com as crianças e suas famílias, são preciosas para aliviar o medo e ajudar as crianças a controlarem a sua dor através de um processo de negociação. Por último, os enfermeiros tem uma responsabilidade acrescida na aprendizagem e desenvolvimento dos seus conhecimentos nesta área do cuidar.

2. Intervenção farmacológica

O tratamento farmacológico em pediatria é uma das modalidades mais importantes e eficientes¹¹.

Na perspectiva de Goodinson⁸⁹, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de:

- Decidir, sob prescrição médica, quando administrar um analgésico, via a utilizar, droga e doses.
- Avaliar regularmente a eficácia dos analgésicos.
- Colaborar na revisão terapêutica.
- Detectar precocemente efeitos colaterais dos analgésicos.
- Dissipar receios e concepções erróneas de crianças e pais sobre a terapêutica utilizada.
- Preparar e administrar correctamente os analgésicos.
- Elucidar criança e pais sobre a utilização dos analgésicos no domicílio.

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um esquema de abordagem farmacológica da dor pediátrica de forma progressiva e associada a terapêutica sedativa adjuvante^{2,90}.

Numa primeira fase deverão ser utilizados analgésicos não opióides, seguidamente os opióides fracos e finalmente os opióides fortes^{2,11,90}.

Apesar do espectro de medicamentos utilizados no alívio da dor ser bastante amplo, normalmente são utilizados os analgésicos, mas também os anestésicos, anticonvulsivantes, diuréticos, corticoides, EMLA, etc.^{2,89}.

Existem dois tipos de analgésicos que são a pedra angular do tratamento da dor: os não opiáceos e os opiáceos ou narcóticos⁹¹.

A analgesia não opiácea usa-se isoladamente ou em associação com outros fármacos para potenciação dos seus efeitos e constituem a 1ª linha no combate à dor⁹². Fazem parte deste grupo o paracetamol e ácido acetilsalicílico, cuja acção ainda não é perfeitamente conhecida⁹³, e os analgésicos antiinflamatórios não esteróides, como o ibuprofeno. Actuam, essencialmente, por diminuição da síntese de prostaglandinas a nível do local de agressão, embora possuam igualmente uma acção sistémica⁹²⁻⁹⁴. O seu uso deve ser feito de uma forma regular para evitar o reaparecimento da dor^{11,71}, e doses superiores às recomendadas não têm um efeito analgésico maior¹¹.

Os analgésicos opiáceos fracos como o tramadol e codeína constituem a segunda linha de combate à dor, associados ou não aos não opiáceos^{11,90}.

Dos analgésicos opiáceos¹ fortes fazem parte várias drogas, das quais a morfina é o exemplo clássico^{89,90,95}. A sua acção predominante é central, embora actue ao nível periférico, sendo equivalente aos opiáceos endógenos^{89,90,95}. A morfina estimula os receptores opiáceos distribuídos por todo o SNC e tecidos periféricos, e os seus efeitos centrais mais importantes (sobre os quais giram grande parte das suas indicações terapêuticas e das suas limitações) são a analgesia, sedação, depressão respiratória e a dependência⁹⁵.

¹Os termos opiáceo (fármaco de origem natural) e opióide (origem sintética ou semissintética) são usados indistintamente para mais fácil entendimento.

A morfina é eficaz no tratamento das dores viscerais e tegumentares, mas não nas dores de origem nevrálgica pós-herpética, destruição ou compressões nervosas, distensão gástrica, tenesmo rectal e cerebrais talâmicas⁹⁵. Para o mesmo autor, ela é mais eficaz quando administrada preventivamente, ou seja, antes do aparecimento da dor.

Se a utilização dos opióides em adultos é tradicionalmente baixa, diversos mitos limitam ainda mais o seu emprego nas crianças⁹⁶.

O primeiro refere-se à crença de que as crianças metabolizam a morfina de forma distinta dos adultos, estando por isso mais sensíveis aos seus efeitos depressores⁹⁶. Na realidade, esta afirmação é verdadeira nos recém-nascidos, mas a partir do mês de idade a sua eliminação é similar à do adulto^{11,19,96}.

O segundo refere-se à capacidade da morfina desencadear dependência^{2,95,96}. Exceptuando o seu uso não médico, em doses superiores às necessárias e em dores não sensíveis à morfina, tal suposição não tem nenhuma base racional, nem existem dados que o justifiquem^{2,19,95,96}. Porter e Jick, num estudo efectuado a 11.882 doentes, só 4 desenvolveram habituação, mas todos eles com um passado comum de abuso de medicamentos¹¹.

O terceiro mito diz respeito à depressão respiratória. Aos 6 meses os lactentes não são mais susceptíveis que os adultos². Segundo Pimentel¹¹, Miller e Jick, ao estudarem 3.263 doentes submetidos a tratamento com analgésicos narcóticos, apenas 3 desencadearam uma depressão respiratória. Está provado que a existência de dor inibe o aparecimento da depressão respiratória⁴¹. Acresce, que um doente com depressão respiratória desencadeada por um opiáceo apresenta bradipneia, mas com movimentos amplos, profundos e muito eficazes⁹⁵. Importa salientar que os profissionais se devem lembrar que a naloxona é um medicamento que se encontra disponível e reverte este efeito dos opióides^{2,95,96}.

Aparentemente, o subtratamento da dor em pediatria está relacionado com razões e motivos que interagem entre si e permitem que esta situação se mantenha aliada a crenças e mitos e preconceitos incorrectos^{19,90}.

Hoje é aceite que os recém-nascidos podem transmitir os estímulos nociceptivos e receber essa informação ao nível cortical, mas errado assumir que a criança é um adulto em miniatura^{2,96}.

De facto, em crianças com menos de 3 meses parecem existir: algumas diferenças no desenvolvimento dos receptores opióides e de diferentes capacidades de modulação da transmissão dolorosa; o nível de proteínas plasmáticas é mais baixo, de que resulta uma maior quantidade de opióides livre que atravessa a barreira hematoencefálica; por sua vez, esta apresenta uma maior permeabilidade; o sistema enzimático é ainda imaturo (principalmente no primeiro mês), o que pode aumentar a semivida dos opióides; e, por último, a grande variabilidade de resposta aos opióides. Todavia, após os 3 meses de idade não existem mais riscos que nos adultos^{2,96}.

Sem menosprezar as interações medicamento-sas, os possíveis efeitos secundários e contraindica-

ções, o tratamento farmacológico da dor tem indicações precisas. Para além dos analgésicos, muitos outros medicamentos podem ser usados. Os anestésicos, que evitam a dor suprimindo a consciência⁴⁸. Os corticosteróides, que inibem a resposta inflamatória e reduzem a produção de prostaglandinas E2, substância estimuladora dos receptores de dor⁸⁹. Os anticonvulsivantes, que reduzem a actividade eléctrica das fibras nervosas traumatizadas e são úteis no tratamento da dor do membro fantasma⁹¹. Os diuréticos promovem a eliminação renal, diminuindo os edemas e a pressão dos tecidos⁸⁹. Os antidepressivos são úteis na dor crónica ao proporcionarem um sono repousante e aumentarem os níveis de serotonina ao nível das sinapses centrais, bloqueando a transmissão dos impulsos dolorosos e estimulando a acção dos opiáceos endógenos^{89,91}. Quanto aos sedativos, ajudam no relaxamento, reduzem a ansiedade e provocam amnésia dos actos dolorosos⁹⁰. A sedação não deve ser confundida com analgesia; na generalidade, os sedativos são desprovidos de efeitos analgésicos^{15,90,91,97}.

O leite materno⁹⁸ e a administração oral de saccharose¹⁵ reduzem a dor associada a procedimentos dolorosos, embora só por si não sejam suficientes para aliviar a dor moderada a forte¹⁵.

O tratamento farmacológico da dor pediátrica envolve princípios importantes a ter em conta:

1. Administração dos medicamentos a horas fixas em função da sua semi-^{2,11,71,89,90,91}. O alívio eficaz da dor pressupõe que a medicação deve ser dada antes da ocorrência da dor. Mesmo quando a criança se encontra a dormir, esta deve ser administrada preventivamente^{7,11,89-91,99}. Com esta abordagem evita-se a dor, menores doses terapêuticas para o seu posterior alívio, menor tolerância aos analgésicos e, naturalmente, menos efeitos colaterais.
2. A dose dos analgésicos deve ser determinada de acordo com as necessidades individuais^{11,91}. A posologia a usar na administração dos analgésicos é aquela que alivia eficazmente a dor sem produzir efeitos secundários indesejáveis^{2,100}. A farmacocinética e farmacodinâmica em pediatria é influenciada por inúmeros factores, sendo as diferenças não só notórias entre a criança e o adulto, mas também entre as crianças de diferentes idades¹⁰⁰. Para o mesmo autor, prematuros e recém-nascidos apresentam alguma incapacidade na metabolização, eliminação, permeabilidade da barreira hematoencefálica, e diminuição das proteínas plasmáticas circulantes, que podem conduzir a um aumento dos efeitos analgésicos. A criança em idade pré-escolar, ao apresentar a mesma capacidade de metabolização e eliminação dos fármacos que o adulto, possui um maior rácio massa hepática / renal e a massa corporal que resulta numa maior eficácia na metabolização e eliminação dos fármacos em relação ao adulto, tanto mais que normalmente estes órgãos não foram ainda sujeitos a agressões¹⁰⁰. Assim sendo, individualizar a dose de medicação analgésica em função da sua eficá-

cia é uma regra de ouro em pediatria². Acresce, a propósito, que a criança é quem melhor sabe avaliar a sua dor, se diz que tem é porque tem^{7,89}.

3. A utilização da via oral é preferível^{3,11,99-102}. A via de administração dos analgésicos é prescrita pelo médico e baseia-se na condição da criança e efeito desejado. A via oral apresenta a vantagem de ser indolor e de fácil administração^{91,102}. Actualmente desenvolvem-se estudos no sentido da administração dos analgésicos em idade pediátrica ser feita através da mucosa oral¹⁰². Por outro lado, a via intramuscular em pediatria não garante uma absorção fiável dos medicamentos, é dolorosa e acarreta uma grande carga ansiosa^{7,92,100,103}. Eland⁸² relata que as crianças descrevem a injeção como a sua pior dor, e Mather e Mackie¹⁰⁴ afirmam que as injeções são mais temidas que qualquer outra coisa no hospital.
4. A insónia deve ser rigorosamente tratada^{11,41,105} – A pessoa que não dorme está mais vulnerável à dor⁴⁸.
5. A criança deve ser continuamente avaliada¹¹ – É em função de uma contínua avaliação da resposta terapêutica que se fazem os reajustamentos nas doses, selecção dos fármacos, vias alternativas de administração e/ou outras acções para o alívio da dor¹⁰³.

Nos últimos anos têm ocorrido importantes avanços na utilização de novos produtos analgésicos e na sua forma de administração¹⁰². A destacar em pediatria o creme *Eutectic Mixture of Local Anesthetics* (EMLA) e a analgesia controlada pelo paciente (PCA).

EMLA

Desde há muito tempo que são desenvolvidos esforços para conceber uma preparação tópica capaz de prevenir a dor na realização de procedimentos dolorosos que envolvam agulhas e pequenas cirurgias¹⁰⁶.

O creme EMLA permite actualmente obter uma anestesia local eficaz para a execução de muitos procedimentos até aqui geradores de dor². A sua eficácia está comprovada^{106,107}. A profundidade da anestesia obtida depende do tempo de aplicação, sendo aconselhado os 60-90 min².

Os riscos adversos da sua aplicação são ligeiros e transitórios; contudo, nas crianças abaixo dos 3 meses, devido ao seu défice parcial de enzima redutora da metahemoglobina, aplicações repetidas podem induzir metahemoglobinemia^{2,106}. Todavia, uma aplicação de 0,5-1 g/dia, em recém-nascidos de termo e prematuros após a primeira semana de vida, é segura¹⁰⁸.

PCA

O desenvolvimento de bombas infusoras computadorizadas com controlo à distancia permite que seja a criança a autoadministrar os analgésicos de acordo com as suas necessidades. O computador permite ao médico fixar as dosagens máximas e mínimas e sua frequência.

O uso desta técnica pode ser feito por crianças a partir dos 5 anos^{2,99}. O seu sucesso está condiciona-

do a um cuidadoso esclarecimento da criança e pais^{91,99}. A experiência acumulada com este método assegura a sua eficácia e segurança^{2,91,99,109}. Uma eventual sobredosagem conduz necessariamente à sedação, impossibilitando a autoadministração de mais bolus de analgésico até à sua recuperação⁹⁹. Por outro lado, os estudos desenvolvidos têm revelado que as crianças, tal como os adultos, administram menos analgésicos que os profissionais de saúde^{2,71,91,99}.

3. Intervenção não farmacológica

A enfermagem é, na sua essência, uma combinação de arte e ciência. Com o avanço científico e tecnológico a arte de cuidar tem sido relegada para segundo plano, principalmente no que diz respeito ao controlo da dor³. Acções aparentemente inofensivas como o mudar a almofada, pegar ao colo, olhar, estar presente, falar, tocar são saberes e práticas que podem conduzir de forma eficaz ao alívio da dor¹⁸.

A dor, como fenómeno complexo que é, envolve várias dimensões para além da biológica, a dimensão cultural, social e psicológica, que devem ser consideradas nas intervenções cuidativas. Assim, há que implementar um cuidado humanizado, individualizado, exclusivo, que considera a criança como ser único e original, em que os vários saberes e práticas terapêuticas sejam complementares, articulados entre si e usados de forma criteriosa⁴¹.

Entre os autores consultados várias são as explicações dadas para a acção terapêutica não farmacológica no alívio da dor. À luz dos conhecimentos actuais, todas são aceitáveis e todos os autores são unânimes na importância e eficácia destas intervenções no alívio da dor, pelo que deviam ser implementadas de uma forma mais generalizada^{3,11,33,48,53,50,69,75,99,110,111}.

Podemos agrupar as medidas terapêuticas não farmacológicas em 4 grandes grupos: comunicação, distração, relaxamento e estimulação cutânea.

Comunicação

A comunicação na enfermagem pediátrica é o fundamento da relação enfermeiro-criança/pais, sendo um dos indicadores mais importantes na avaliação dos cuidados de enfermagem e prioritária para a prevenção eficaz da dor¹¹².

Esta relação envolve não só o conhecimento da criança, mas o preocupar-se com ela e com as coisas que lhe são significativas, transmitir-lhe segurança, toda uma prática de perguntar, acreditar, aceitar, explicar e ensiná-la, por forma a desenvolver a sua autoestima e confiança¹¹². A criança deveria poder escolher o seu enfermeiro, aquele com que mais desenvolveu um clima de confiança e amizade¹¹².

De acordo com Santos e Valente⁶⁹, podem ser diferenciados três tipos de comunicação:

- Funcional – Resulta da convivência diária entre técnicos de saúde - criança - família, em que se desenvolve um clima de confiança e afecto (nível elementar).
- Pedagógica ou de ensino – Na qual se fornece à criança - família toda a informação relativa à sua situação de saúde.

- Terapêutica (relação de ajuda) – que visa conduzir criança e família para a autonomia (desenvolvimento das suas capacidades reais e potenciais).

A comunicação envolve o respeito pela individualidade da pessoa, a confiança mútua, empatia e escuta, sendo habilidades fundamentais para compreender o fenómeno dor⁹⁹.

Hayward, citado por Carr¹¹¹, demonstrou que a informação dada no pré-operatório reduz a dor no pós-operatório. Segundo Santos e Valente⁶⁹, a educação sobre a natureza e a experiência dolorosa iminente e as medidas a tomar no seu alívio reduzem os níveis de ansiedade e medo, pelo que a criança enfrenta melhor a dor. A este propósito, McVicar e Clancy⁵⁰ distinguem informação sensorial (sensações e sentimentos da dor esperada) e a informação relativa aos procedimentos, e afirmam que ambas contribuem para diminuir a ansiedade da pessoa, pela modificação das suas expectativas.

A relação de confiança que se estabelece durante o processo de ensino à criança e família leva a que estes acreditem que se encontra ali alguém que os compreende e escuta. Esta atitude transmite segurança, tranquilidade e, sobretudo, faz com que acreditem no enfermeiro. Esta é a explicação para o sucesso terapêutico dos placebos^{48,113}.

Pais e crianças receosos beneficiam com um simples processo de informação¹¹. Para este mesmo autor, a utilização de uma comunicação analógica através do jogo, actividades lúdicas (histórias, pinturas, desenhos ou colagens) e actividades escolares facilitam em pediatria a compreensão das mensagens que se pretendem transmitir à criança.

Du Gas⁵³ reforça a ideia de que ir falando com a criança ao longo dos procedimentos dolorosos aumenta a tolerância à dor. O mesmo acontece quando a criança tem oportunidade de participar no seu tratamento, valorizando positivamente a sua participação.

A informação, ao contribuir para desmistificar fantasias incorrectas relativas à percepção da dor, contribui para o seu alívio¹¹⁰. É de realçar a importância da linguagem ser adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, pois a impossibilidade de codificação da mensagem provoca ansiedade. Deve-se evitar comunicar negativamente utilizando palavras susceptíveis de criar angústia como “infectado”, “sujo”. Enfatizar, sim, aspectos positivos como “vais fazer o penso para que a tua ferida cicatrize”, “quando te doer podes pedir para parar”.

A presença e participação dos pais nos cuidados à criança é outro aspecto que não pode ser esquecido em pediatria. Os pais são o canal de comunicação perfeito para a compreensão, avaliação da dor e o seu controlo^{11,90,101,114}.

A esmagadora maioria dos pais prefere estar presente quando os seus filhos são sujeitos a procedimentos médicos dolorosos e os seus filhos desejam essa presença¹¹⁴. Obviamente, que a presença por si só não é suficiente para uma gestão eficaz da dor e nem sempre os pais são competentes para uma presença de qualidade¹¹⁴.

O primeiro passo a tomar pelos profissionais de saúde é negociar a presença dos pais, e depois en-

siná-los a uma presença de qualidade^{6,114}. Com orientação e um mínimo de apoio, a maioria dos pais constitui uma força estabilizadora, mesmo nas situações mais ameaçadoras¹¹⁵. Para as crianças os pais são o garante da protecção, confiança, amor e carinho, pelo que uma presença de qualidade passa por pequenas coisas como tocar, falar, deixar chorar (não reprimir), ser honesto (não mentir) e ajudar a suportar os procedimentos dolorosos^{112,114}. Importa salientar que os pais não devem ser envolvidos na imobilização dos filhos durante os procedimentos dolorosos; a criança fica confusa acerca do seu papel^{114,115}.

A propósito do envolvimento dos pais nos cuidados à criança com dor, Salantera⁸ inquiriu enfermeiras pediátricas, das quais 97% achavam que os pais deveriam ser participantes activos. Este facto contraria outros estudos em que os pais são excluídos dos cuidados¹¹⁶. Num outro estudo, 99% das crianças afirmaram que aquilo que mais as ajudava quando sentiam dor era a presença da mãe¹⁰¹.

As técnicas usadas para confortar as crianças devem estar directamente relacionadas com o seu estágio de desenvolvimento¹¹⁴. Para os mais pequenos é importante o embalar, acariciar, falar, mudar a fralda, cantar, contar uma história, brincar, etc.^{15,114}. Às crianças em idade escolar e adolescentes, perguntar o que os poderia ajudar é de capital importância, pois adoptam inúmeras estratégias específicas¹¹⁴.

Em resumo, diremos que a comunicação desempenha um papel fundamental no alívio da dor. O enfermeiro deve estar habilitado a criar um clima de confiança, empatia, escuta, respeito pelas opções da criança e família, informar com honestidade e ensinar técnicas de alívio da dor e a uma presença de qualidade dos pais quando o seu filho é sujeito a procedimentos dolorosos.

Distracção

A distração consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa. O tronco cerebral, ao ser inundado de estímulos sensitivos agradáveis, diminui a percepção aos estímulos dolorosos (princípio da inundação sensorial). Por outro lado, a concentração da criança em estímulos agradáveis facilita a libertação de neuromoduladores endógenos que bloqueiam a percepção da dor^{38,48}.

Segundo Du Gas⁵³, as técnicas de distração podem ser:

- Levar a criança a falar de experiências vivenciadas recentemente (jogo de futebol, filmes), pedir para jogar um jogo, contar uma história, cantar.
- Ensinar técnicas de escuta atenta (bater ritmicamente com as mãos e os pés a acompanhar uma música, fechar os olhos, concentrar-se numa melodia, etc.).
- Exercícios respiratórios lentos e rítmicos (fazer bolas de sabão).
- Realizar outras actividades tais como ver televisão, modelagem, pintura, picotagem, falar com outras pessoas, ouvir música, etc.

O alívio da dor aumenta na proporção directa da participação activa da criança⁶⁹. Assim, as técnicas

de distração são particularmente úteis na dor ligeira/moderada, embora ineficazes na dor grave uma vez que o estímulo doloroso impede o desvio da concentração da criança para outras acções¹¹. Importa realçar que, para além das técnicas de distração, são importantes e complementares outras medidas para o alívio da dor tais como as farmacológicas.

Brincar é um dos aspectos mais importantes na vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para lhe diminuir a ansiedade¹¹². Não esquecer os brinquedos preferidos e envolver os educadores de infância quando possível.

A distração pode servir não apenas para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação⁴⁷.

Relaxamento

McCaffery e Beebe (citado por Carr)¹¹¹ definem relaxamento como um estado de relativa libertação de ansiedade e de tensão esquelétomuscular.

As técnicas de relaxamento visam reduzir a tensão muscular resultante do esforço desenvolvido pela pessoa, no sentido de ultrapassar a situação de dor. Esta redução da tensão contribui para o alívio da tensão emocional, o que baixa o nível de ansiedade, aumentando, assim, a tolerância à dor⁷⁵. Para este autor, são técnicas que não exigem treino específico, mas requerem a participação activa da pessoa para serem eficazes (não se pode forçar o relaxamento).

As técnicas a usar devem ser adaptadas a cada pessoa (uso criterioso) para aumentarem a sua probabilidade de sucesso. Nem sempre como seria de desejar conduzem ao alívio da dor, mas reduzem a ansiedade do utente potenciando a acção de outras medidas associadas.

Reis⁷⁵ descreve duas técnicas de relaxamento muito utilizadas:

- **Relaxamento autogeno** – Estado de auto-concentração (autohipnose) que se compõe de seis exercícios de base:
 1. Indução à calma (“eu estou calmo, cada vez mais calmo”).
 2. Experiência de peso/suavidade.
 3. Experiência de calor.
 4. Controlo dos batimentos cardíacos.
 5. Controlo dos batimentos respiratórios.
 6. Frecura da testa.

• **Relaxamento progressivo** – Consiste em relaxar progressivamente um a um todos os grandes grupos musculares, até ao relaxamento total do corpo, através do contraste das percepções sentidas entre uma contracção muscular e a sua descontração. Segundo Jacobson (citado por Carr)¹¹¹, a ansiedade e o relaxamento muscular produzem estados fisiológicos opostos, pelo que não podem coexistir em conjunto. Du Gas⁵³ e Carr¹¹¹ fazem referência a outras técnicas de relaxamento:

- **Respiração profunda** – Consiste em inspirações e expirações profundas e lentas à medida que a dor aumenta de intensidade, até à respi-

ração superficial quando a dor atinge o seu máximo. É indicada em situações de dor aguda.

- **Sugestão consciente** – Consiste em induzir um estado de relaxamento através de perguntas fechadas, simples, curtas e que impliquem uma resposta positiva.
- **Hipnose** – Segundo Kolkmeir, “é a alteração do estado de consciência que pode ser induzido por um facilitador com o fim de mudar a percepção, memória ou sensação do indivíduo”³⁴. Hipnotizada, a pessoa fica menos crítica em relação ao meio que a rodeia, promovendo desta forma o relaxamento.
- **Biofeed-back** – Consiste num programa de treino onde as pessoas são preparadas a utilizar a *feed-back* fisiológico (ritmo cardíaco, tensão arterial, electromiografia) para terem um controlo sobre as funções involuntárias. É útil nas cefaleias por hipertensão e dores crónicas.

Independentemente da técnica utilizada, o relaxamento diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória, a hipertensão arterial nos hipertensos e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar⁷⁵.

Por estas razões, o relaxamento está indicado na dor aguda, nos espasmos musculares, ansiedade, insónias e dor crónica ligeira ou moderada, uma vez que diminui a fadiga, melhora o sono, desvia a atenção da dor e torna a criança mais autónoma para a enfrentar, acreditando nas suas potencialidades^{11,75}.

São muitas as técnicas usadas no alívio da tensão musculoesquelética, desde as mais complexas às mais simples (mudar de posição, embalar, e outras), todas visam o alívio da dor. Para a sua eficácia é necessário a colaboração da criança e família, pelo que devem ser ouvidos na escolha do método. Só por si podem ser técnicas insuficientes, mas usadas como complemento de outras são valiosas no alívio da dor.

Estimulação cutânea

A estimulação da pele e tecidos subcutâneos pode ser feita por variados meios:

- **Calor** – A sua aplicação na zona de dor promove a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo. É útil nas dores musculares^{11,53}.
- **Frio** – Tem um efeito contrário ao do calor, diminui a circulação periférica, o que favorece a redução do edema ou o seu aparecimento, aliviando a pressão exercida nas terminações nervosas. Por outro lado, o frio retarda a transmissão dos impulsos nervosos ao nível dos receptores, o que favorece o alívio da dor⁵³.
- **Massagem** – Promove a circulação, facilitando a remoção dos produtos de degradação celular. Ao estimularem igualmente as fibras de grande diâmetro dos aferentes primários fecha o portão e consequentemente alivia a dor⁴⁸.
- **Toque** – Não estão perfeitamente conhecidas as razões do seu sucesso³³. Pode e deve ser usada concomitantemente com outras técnicas,

todavia mesmo isoladamente (agarrando a mão, acariciando, etc.) são eficazes. Tovar e Cassmeyerem mostraram que o toque produz alterações ao nível do hipotálamo, dando origem a um efeito relaxante⁵⁰. Este efeito pode também ser explicado, pela confiança que se estabelece entre o prestador de cuidados e a criança¹¹¹.

- **Acupressão** – Consiste na aplicação de uma ligeira pressão por cima dos pontos de acupuntura localizados no meridiano³⁴. Esta técnica encerra a porta pela estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários, produzindo uma acção relaxante⁵⁰.
- **Reflexologia** – Segundo Evans, consiste na massagem dos pés utilizando os pontos de acupressão⁵⁰.
- **Acupuntura** – Consiste na inserção de agulhas em locais definidos. Estas podem ser rodadas ou se faz passar corrente eléctrica entre elas. Ao estimularem as fibras de grande diâmetro dos aferentes primários, reduzem a dor⁵³.
- **Estimulação eléctrica por via transcutânea** – Consiste numa fonte de energia eléctrica que, através de dois ou quatro eléctrodos, transmite estímulos eléctricos à pele, na área da lesão ou dor ao longo do trajecto do nervo¹¹. A sua acção é semelhante à acupuntura, e é igualmente explicado o seu modo de acção pela teoria porta. É indicada em situações de dores musculares e rigidez, queimaduras, metástases ósseas, infusões endovenosas dolorosas e dor incisional no pós-operatório. Esta técnica tem a vantagem de ser mais fácil de realizar.

Muitas outras técnicas se podem usar no alívio da dor: o riso, estimulação contralateral, banhos com unguento, reforço positivo, imaginação emotiva, demonstração, etc. Todas actuam por via ascendente, descendente ou simultaneamente por ambas. O enfermeiro tem o dever de as usar em benefício da criança e família, desde as mais complexas às mais simples, tendo a noção de que a dor é um fenómeno subjectivo e influenciado por múltiplos factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Aliado às diferentes técnicas conhecidas para o alívio da dor, o enfermeiro deve respeitar e fazer respeitar alguns princípios que garantam os direitos da criança e sua família¹¹⁷, tais como:

- Negociar a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança com dor.
- Ensinar pais e criança para enfrentarem os procedimentos dolorosos.
- Garantir o conforto da criança, não permitindo que tenha fome, durma mal, esteja mal posicionada, demasiado exposta, etc.
- Não efectuar ou permitir que se efectuem actos dolorosos na cama (local de refúgio e conforto da criança).
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções.
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor.
- Permanecer junto da criança após um acto doloroso.
- Oferecer um doce, chupeta, água com açúcar, leite materno, colo antes e depois do acto doloroso.

- Planear os cuidados por forma a manipular/incomodar a criança o menor número de vezes possível.
- Agrupar os actos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitas com analgesia.
- Medir e avaliar continuamente a dor como se de um sinal vital se tratasse.

Em resumo, diremos que o fenómeno dor se apresenta em pediatria com particularidades que induzem os enfermeiros menos atentos a uma situação de fuga e indiferença perante o sofrimento da criança, pela sua aparente incapacidade de intervir adequadamente. Não raras vezes centram a sua atenção na terapêutica farmacológica, esquecendo-se de cuidar da criança com dor, para tratar a dor.

A adopção de modelos de enfermagem consentâneos com o paradigma da simultaneidade permitem aos enfermeiros elevar a sua competência para a prevenção e alívio da dor. A criança é vista como uma pessoa, livre de escolher o seu caminho em busca da sua própria qualidade de vida, onde o enfermeiro intervém numa atitude de parceria e acompanhamento. Esta partilha nos cuidados a prestar à criança com dor e sua família irá contribuir para um planeamento efectivo dos cuidados desejados e o uso criterioso das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com cada situação em particular.

Embora se devam respeitar os princípios científicos aliados aos procedimentos técnicos farmacológicos e não farmacológicos, não há formas iguais para cuidar da criança com dor e sua família.

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo III – Metodologia

Neste capítulo descrevem-se os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas, no sentido de darmos resposta à questão de partida para esta investigação.

O capítulo está estruturado em 7 pontos: tipo de investigação, população, pergunta de partida, instrumentos de recolha de dados, variáveis e sua operacionalização, procedimentos utilizados para a recolha dos dados e tratamento estatístico.

1. Tipo de investigação

Habitualmente, faz-se a distinção entre dois grandes métodos de colheita de informação científica: o método quantitativo e o qualitativo²⁸.

Seleccionar um destes métodos depende em grande parte da natureza da pergunta de partida^{28,29}. Assim, e segundo os autores, a pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, contrariamente à pesquisa qualitativa que salienta os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, apreendendo tais aspectos na sua totalidade e no contexto daqueles que os vivenciam.

Em geral, a pesquisa que faz uso do método quantitativo, como é o caso presente, enquadra-se no paradigma positivista, onde se realça a regulari-

dade e repetitividade dos factos e a objectividade na colheita e análise dos dados²⁸. Normalmente, a investigação inicia-se com ideias preconcebidas (teoria) acerca da maneira como os conceitos estão interrelacionados, e são utilizados métodos estruturados e instrumentos formais para a colheita de informação mensurável e procedimentos estatísticos para a análise dos dados^{28,29}.

A manipulação de variáveis é um, entre outros, dos requisitos para investigações de tipo experimental ou quase experimental. No entanto, muitas não se prestam à manipulação de variáveis, sendo designadas investigações de tipo não experimental²⁸.

Este tipo de investigações visam explicar a realidade, comprovando hipóteses teóricas, antevendo a ocorrência e magnitude dum fenómeno e descobrindo algumas das suas características²⁸. Dentro desta categoria de investigações, estes autores referem-se a investigações *ex post facto* e descritivas.

A primeira, aproxima-se dos estudos quase-experimentais, diferenciando-se destes pela não manipulação de uma forma activa das variáveis independentes, uma vez que se estudam as associações entre as variáveis depois de ocorrido o fenómeno, havendo apenas um controlo das variáveis na constituição dos grupos a comparar. As investigações descritivas têm como objectivo descobrir, observar e documentar os aspectos de um fenómeno que ocorre de forma natural, podendo haver o estabelecimento de relações entre as variáveis em jogo²⁸, ou descrever a evolução do problema ao longo do tempo²⁷.

Ao pretendermos saber quais os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros pediátricos e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas, e a autoavaliação dos seus conhecimentos sobre a dor em pediatria, diremos que estamos perante um estudo descritivo^{28,29}.

Segundo estes autores, trata-se de um estudo descritivo, porque não se controlam as variáveis independentes, não há aleatorização dos participantes, nem se deduzem relações de causa-efeito, mas tão somente se pretende descrever o fenómeno e descobrir relações entre as variáveis presentes.

2. População

A população estudada foi constituída por 303 enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos de três importantes hospitais da região centro do país (Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital de Santo André – Leiria e Hospital São Teotónio – Viseu).

A escolha destes hospitais deveu-se a critérios de conveniência, pela nossa ligação profissional, o que nos facilitou os contactos e a recolha dos dados.

3. Pergunta de partida

Face ao contexto teórico, experiência e vivência profissional formulámos as seguintes questões que dirigiram esta investigação e para a qual pretendíamos obter resposta.

Que saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança são adoptadas pelos enfermeiros que trabalham em serviços pe-

diátricos de três hospitais da região centro do País?

Que relação existe entre a autoavaliação dos seus conhecimentos sobre a dor em pediatria e seus saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança?

Que relação existe entre algumas das suas variáveis sociodemográficas e seus saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança?

4. Variáveis e sua operacionalização

Variáveis independentes

Na caracterização da população de acesso, usaram-se as variáveis sociodemográficas **idade, sexo, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de exercício em serviços de pediatria, habilitações profissionais, deter uma especialidade, frequência de acções de formação, significativas experiências dolorosas pessoais**. Estas variáveis estão operacionalizadas no questionário (Anexo II) e não ofereceram dúvidas aquando da aplicação do pré-teste.

A variável **autoavaliação do conhecimento** representa a avaliação que os enfermeiros fazem dos seus conhecimentos acerca da dor pediátrica, envolvendo o:

1. Desenvolvimento físico.
2. Desenvolvimento psicológico.
3. Desenvolvimento neurológico.
4. Avaliação da dor.
5. Desencadeamento da dor.
6. Efeitos da dor na função sistémica.
7. Cuidados farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor.

Esta autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros é medida numa escala tipo Likert com possibilidade de quatro respostas, para cada um dos 7 itens: 0 – mau; 1 – insuficiente; 2 – suficiente; 3 – bom.

Somando os *scores* máximos de cada item (3*7) obtemos o *score* máximo da escala (21). Assim, o total da escala, que varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 21 pontos. Para mais fácil interpretação, esta escala foi convertida numa outra de 0 a 100 pontos, através do seguinte algoritmo.

$$\sum (\text{item 1} + \text{item 2} + \text{item 3} + \text{item 4} + \text{item 5} + \text{item 6} + \text{item 7}) * 100 / 21$$

Variável dependente

Os **saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança** representam o modo como os enfermeiros pensam, agem, procedem ou cuidam da criança com dor e é medida pela escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança, cujos procedimentos de construção, operacionalização, validade e fidelidade serão descritos no ponto seguinte (instrumento de colheita de dados).

5. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados consistiu num questionário subdividido em 3 partes: uma escala de

saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança (avalia os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros); questões relativas à autoavaliação dos enfermeiros sobre os seus conhecimentos da dor pediátrica, e questões que fazem a caracterização sociodemográfica dos inquiridos.

Escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança

Um instrumento de medida só serve para o fim a que se destina se rigoroso nos valores que atribui, adequado à medição do que se pretende e confiável uma vez após a outra¹¹⁸.

Baseado na experiência pessoal e apurada revisão bibliográfica sobre a dor pediátrica, elaboramos uma vasta gama de asserções (63 itens), segundo 7 dimensões teóricas: conceito de dor; tipos de dor que requerem tratamento; tolerância à dor; manifestações de dor; avaliação da dor; factores que influenciam a sensação dolorosa, e cuidados farmacológicos e não farmacológicos. Estes itens traduzem saberes e práticas (mitos, crenças e saberes dos enfermeiros) nos cuidados à criança com dor e sua família.

Fizemos constar asserções redigidas na positiva e na negativa em número equivalente, para minimizar a tendência do inquirido responder predominantemente num determinado sentido (favorável ou desfavorável), independentemente do conteúdo da proposição²⁸. Quando redigidas em sentido negativo, para o efeito de obtenção de pontuação numa escala, carecem de inversão na sua pontuação.

As asserções foram medidas segundo uma escala tipo Likert de acordo com o estudo realizado por Salantera⁸:

- 0 – Discordo
- 1 – Discordo parcialmente
- 2 – Indeciso
- 3 – Concordo parcialmente
- 4 – Concordo

Numerosos estudos fazem uso deste tipo de escala, porque viabiliza que a partir de dados medidos a nível ordinal em cada item se obtenham pontuações globais passíveis de serem tratados estatisticamente ao nível intervalar^{119,120}.

Em investigação, quando se deseja medir determinado atributo utilizam-se escalas que consubstanciem os requisitos pretendidos. Para o conseguir e confirmar torna-se imprescindível proceder à sua construção e determinação da sua validade e fidedignidade.

A validade de um instrumento de medida é o grau ou a capacidade do instrumento medir aquilo a que se supõe medir e na dimensão para que foi construído²⁸, podendo ser realizada segundo vários métodos, validade de conteúdo (itens representativos da variável em estudo), validade de construção (análise factorial) e validade de critério (correlação entre o instrumento e um instrumento critério)¹²¹.

A validade de conteúdo, que se refere à representatividade do instrumento relativamente ao atributo a ser medido, foi averiguada com recurso à opinião de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica com larga experiência na área. As asserções

foram analisadas quanto à sua abrangência, redundância e clareza, e sucessivamente melhoradas. Posteriormente, foram aplicadas a enfermeiros de forma sucessiva até à ausência de relatos de dificuldades na sua aplicação.

A validade de construção que visa saber se o paradigma teórico corresponde às observações foi realizada através de análise factorial, após aplicação da escala a 198 enfermeiros que frequentavam o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem em Julho de 2000 na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.

A análise factorial consiste num conjunto de técnicas estatísticas que permitem reduzir um conjunto inicial de itens num menor número de itens, sem que haja perda significativa da informação contida nesse conjunto. O seu principal objectivo é representar um conjunto de itens através de um menor número de factores (dimensões) que poderão dar conta da maior covariação dos itens observados. Estas dimensões resultam da combinação linear dos itens observados, permitindo dar sentido a essas combinações. A análise factorial pode ser exploratória quando pretende reduzir a dimensão dos dados iniciais ou forçada para reduzir os dados às dimensões pretendidas¹²⁰.

No nosso caso foi utilizada a análise factorial exploratória (livre) de componentes principais com rotação ortogonal segundo o método Varimax. Este método permite maximizar as saturações de alguns itens, que podem ser utilizados para compreender o significado do factor¹²⁰.

Efectuada a análise factorial exploratória com rotação de Varimax e carga de saturação superior a 0,30, dos 63 itens iniciais foram seleccionados 25, que se agruparam em 6 dimensões e explicam uma variância total de 56,53%.

O factor 1, que explica 11,46% da variância total após rotação, corresponde à dimensão **reconhecimento da dor**. O factor 2 explica 10,37% da variância total e corresponde à dimensão **cuidados farmacológicos**. O factor 3 explica 9,96% da variabilidade e corresponde à dimensão **cuidados não farmacológicos**. O factor 4 explica 8,67% da variância e corresponde à dimensão **conceito de dor**. O factor 5 explica 8,34% da variância total e corresponde à dimensão **tolerância à dor**. Por último, o factor 6 explica 7,73% da variância e corresponde à dimensão **avaliação da dor** (Anexo IV).

A estrutura factorial encontrada ajusta-se à organização racional inicialmente definida com base na revisão bibliográfica. Apenas a dimensão **reconhecimento da dor** não foi inicialmente prevista, embora reconsiderando a natureza conceptual dos seus itens, formámos esta nova dimensão que deriva da dimensão **avaliação da dor**.

A maioria dos itens saturam fortemente nas respectivas dimensões (carga factorial >0,30). A menor carga factorial é de 0,421 para o item 05.

O item 05, *a criança queimada precisa de um analgésico antes da realização de um penso*, apesar de saturar mais fortemente no factor 2 (0,421), optou-se pela sua inclusão no factor 6 **avaliação da dor** (0,363), pois a sua natureza conceptual coinci-

de com o paradigma teórico desta dimensão. Por outro lado, esta opção permite um melhor equilíbrio na distribuição dos itens pelos 6 factores.

A distribuição dos itens iniciais pelas dimensões da versão final da escala coincidiu com o teoricamente previsto (Anexo V).

Cada dimensão ficou composta por 4 itens, excepto a dimensão **cuidados farmacológicos**, que apresenta 5 itens. Como cada item é medido numa escala tipo Likert de 0 a 4 pontos, e para garantir a equidade e facilidade de interpretação, os valores da escala por dimensão e no seu total foram convertidos em escalas que variam entre 0 e 100 pontos.

Os algoritmos para a obtenção dos *scores* transformados nas dimensões e no seu total são os seguintes:

- Conceito de dor = $\sum (\text{item 1} + \text{item 2} + \text{item 4} + \text{item 53}) * 100/16$
- Tolerância à dor = $\sum (\text{item 9} + \text{item 11} + \text{item 12} + \text{item 51}) * 100/16$
- Reconhecimento da dor = $\sum (\text{item 20} + \text{item 29} + \text{item 30} + \text{item 31}) * 100/16$
- Avaliação da dor = $\sum (\text{item 5} + \text{item 25} + \text{item 26} + \text{item 28}) * 100/16$
- Cuidados farmacológicos = $\sum (\text{item 44} + \text{item 45} + \text{item 46} + \text{item 49} + \text{item 50}) * 100/20$
- Cuidados não farmacológicos = $\sum (\text{item 37} + \text{item 54} + \text{item 60} + \text{item 62}) * 100/16$
- TOTAL DA ESCALA = $\sum (\text{item 1} + \text{item 2} + \text{item 4} + \text{item 53} + \text{item 9} + \text{item 11} + \text{item 12} + \text{item 51} + \text{item 20} + \text{item 29} + \text{item 30} + \text{item 31} + \text{item 5} + \text{item 25} + \text{item 26} + \text{item 28} + \text{item 44} + \text{item 45} + \text{item 46} + \text{item 49} + \text{item 50} + \text{item 37} + \text{item 54} + \text{item 60} + \text{item 62}) * 100/100$

O *score* máximo significa que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança se aproximam do saber científico actualmente reconhecido como prática cuidativa de excelência.

De acordo com o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação (Anexo VI), o valor total da escala, distribuição e amplitude dos itens por dimensão, consta no quadro 5 (Anexo VII).

Para verificarmos as associações entre as diferentes dimensões e o total da escala dos 25 itens seleccionados, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

Como se pode observar pela análise do quadro 6, todas as dimensões registam, em relação ao seu total, coeficientes de correlação (entre 0,347 e 0,625) que garantem a unidimensionalidade da escala.

Entre as dimensões, verifica-se que a dimensão **cuidados não farmacológicos** revela algum grau de independência relativamente a todas as outras dimensões da escala. O mesmo sucede entre a dimensão **reconhecimento da dor** e as dimensões **tolerância à dor** e **avaliação da dor**. Nas restantes dimensões, as correlações (entre 0,154 e 0,446) indicam a existência de associação entre elas (Anexo VIII).

Analisada a validade da escala, procedemos à verificação da sua fiabilidade. Um de um instrumento de colheita de dados considera-se fiável quando o seu grau de coerência na medição do atributo pre-

tendido é preciso²⁸. Ou seja, produz a mesma resposta independentemente da altura e forma de aplicação. Estas características são atribuídas pela coerência interna e estabilidade temporal^{28,121}.

Após a análise factorial a coerência interna da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se apurado um valor de $\alpha = 0,66$.

A estabilidade temporal foi analisada pelo teste-reteste²⁹, com aplicação da escala a um mesmo grupo de 24 enfermeiros que frequentavam o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, em dois momentos sucessivos, com uma semana de intervalo. O cálculo foi efectuado pelo coeficiente *r* de Pearson, tendo-se apurado um valor de $r = 0,957$; $p = 0,000$.

6. Procedimentos utilizados na colheita dos dados

Procedimento 0: Autorização do estudo

Para a obtenção da informação junto dos enfermeiros, solicitou-se autorização formal ao Conselho de Administração do Hospital Santo André de Leiria, Conselho de Administração do Hospital São Teotónio de Viseu e Conselho Directivo do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Procedimento 1: Reuniões com enfermeiros chefes e/ou seus substitutos

Após o despacho de autorização, estabeleceram-se contactos com os enfermeiros chefes dos vários serviços para solicitar colaboração na investigação, explicitar os objectivos da mesma, os critérios de inclusão/exclusão dos participantes e se analisarem e seleccionarem as estratégias de colheita de dados que melhor se coadunassem com as características de funcionamento do respectivo serviço.

Foi nossa preocupação o contacto directo e pessoal com os elementos que mais de perto estariam envolvidos na recolha dos dados, não apenas por considerarmos essa a nossa obrigação, mas por crermos que a cordialidade e o interesse manifestado pessoalmente aumentaria a eficiência dessa recolha.

Procedimento 2: Aplicação e recolha dos questionários

Os questionários foram aplicados pelos enfermeiros chefes e/ou seus substitutos durante o mês de Dezembro de 2000, pelo período de 15 dias.

De um total de 303 enfermeiros responderam ao questionário 252, o que perfaz uma percentagem de respondentes de 83,17%.

Foram eliminados por incorrecto preenchimento dois questionários.

7. Tratamento estatístico

As respostas obtidas foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados e tratadas em computador utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 7.5 para o Windows.

A selecção dos itens e sua organização pelas respectivas dimensões da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança foi realizada com recurso à análise factorial de componentes

principais com rotação ortogonal pelo método de Varimax. A validade desta análise foi verificada pelos testes de Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Bartlett. Para a avaliação das associações entre as dimensões da escala e o seu total foi utilizado o coeficiente correlação de Pearson.

A confiabilidade da escala foi assegurada em termos de coerência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach e a sua estabilidade temporal pelo coeficiente correlação de Pearson.

No tratamento estatístico dos dados foram utilizadas a estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central e de dispersão) e a estatística inferencial (Teste T Student, ANOVA, teste Post Hoc de Bonferroni e correlação bivariada de Pearson). Nesta análise utilizámos como valor de significância $p < 0,05$.

Em todos os casos foi testada a normalidade da distribuição pelo teste Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk sempre que a amostra era inferior a 50, para um nível de significância de 0,05.

A escolha e execução dos testes respeitou as instruções habitualmente indicadas no domínio das ciências psicológicas e sociais, para o tratamento estatístico dos resultados^{28,29,118-127}.

Capítulo IV – Apresentação e análise dos dados

Com este capítulo IV, pretende-se apresentar e analisar os dados obtidos, com recurso a tabelas, quadros e gráficos, aos quais acrescem imediatamente antes da sua apresentação as informações pertinentes para a sua compreensão.

Na apresentação dos dados optou-se pela utilização das frequências relativas percentuais para facilitar a sua leitura e análise.

Na análise procurou-se realçar os resultados de maior significado e os que se relacionam directamente com os objectivos da investigação.

A sua estrutura assenta em duas partes. A primeira, de cariz descritivo, caracteriza a população em estudo, e analisa a autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a dor pediátrica e seus saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança. A segunda parte, de cariz analítico, relaciona variáveis sociodemográficas e a autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros com os saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança.

1. Caracterização da população, autoavaliação e saberes e práticas de cuidados

Caracterização da população

A população estudada foi constituída por 250 enfermeiros distribuídos pelos 3 hospitais: 146 do Hospital pediátrico (HP), 52 do Hospital de Santo André de Leiria (HL) e outros 52 do Hospital de São Teotónio de Viseu (HV). A percentagem total de respostas foi de 82,5%, sendo de 81,11% no HP, 82,5% no HV e 86,67% no HL. Dois questionários foram eliminados por incorrecto preenchimento.

As idades dos enfermeiros variaram entre os 21 e os 58 anos, com uma média de idades de 34,98

anos e um desvio padrão de 8,03 anos, sendo 91,6% do sexo feminino.

O tempo de exercício profissional variou de alguns meses a 32 anos, estando a maioria a trabalhar há 10 anos, com uma média de 12,09 anos e um desvio padrão de 10 anos.

A experiência em serviços de pediatria variou de alguns meses a 28 anos. Embora a maioria estivesse ao serviço à um ano, a média é de 9,94 anos e um desvio em torno desse valor de 7,28 anos.

Trabalhavam em unidades de cuidados intensivos (UCI) 29 (11,6%) enfermeiros, 56 (22,4%) em serviços de urgência (SU), 60 (24%) em serviços de medicina (SM), 15 (6%) em serviços de neuroortotraumatologia (SO) e bloco operatório, 26 (10,4%) em serviços de cirurgia/queimados (SCQ), 24 (9,6%) em neonatologia e 25 (10%) em consultas externas ou outros serviços (CEO).

Na carreira profissional 66% estavam no nível I e 34% no nível II.

Dos 66% que possuíam uma especialidade, à 87,05% detinha a especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Frequentaram acções de formação sobre dor, com duração superior a 20 h, 42% dos enfermeiros e 78% afirmou ter já vivenciado situações pessoais dolorosas que considerou significativas (Anexo IX).

Autoavaliação do conhecimento

A maioria dos enfermeiros considera globalmente ter conhecimentos suficientes sobre a dor pediátrica. Consideram-se mais bem preparados nas questões relativas ao desenvolvimento físico da criança (43,6%) e cerca de _ com conhecimentos insuficientes quanto ao desenvolvimento neurológico, aparecimento e efeito sistémico da dor na criança (Anexo X).

O gráfico 1 evidencia claramente que os enfermeiros se sentem mais bem preparados nas questões relacionadas com o desenvolvimento físico da criança e com menos preparação relativamente aos conhecimentos relacionados com o desenvolvimento neurológico da criança, desencadeamento da dor e seus efeitos sistémicos (1,90; 1,89 e 1,89, respectivamente) (Anexo XI).

Numa escala de 0 a 100 pontos a maioria dos enfermeiros (19,2%) considera possuir um nível de conhecimentos de 66,67 pontos. A autoavaliação variou entre um mínimo de 33,33 pontos e o máximo de 100 de pontos com uma média de 68,95 e um desvio padrão de 14,96 pontos (Anexo XII).

Saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança

A maioria dos enfermeiros acredita que a dor é tudo o que a criança diz que é e existe onde diz que existe. A esmagadora maioria concorda que a dor causada por exames é desnecessária (72,8%) e quase metade (43,2%) concorda, embora parcialmente, que a criança deva ser medicada sempre que o pedir (Anexo XIII).

Os enfermeiros encontram-se um pouco divididos quanto ao desenvolvimento da tolerância à dor na cri-

ança e desta ser influenciada pelo prolongamento do estímulo doloroso. Não considerarem como bons doentes as crianças que demonstram capacidade de sofrimento (73,6%) e escolhem preferencialmente a via oral no alívio da dor intensa (74,8) (Anexo XIV).

Perante uma criança calma ou que chora e que diz ter dor os enfermeiros acreditam nessa dor (51,2 e 45,2%, respectivamente). Concordam parcialmente com o facto da criança dizer sempre a verdade acerca da sua dor (44,0%) e mostram-se divididos quanto ao facto das respostas de dor na criança dependerem do seu desenvolvimento cognitivo (Anexo XV).

Os enfermeiros parecem não ter dúvidas quanto ao facto de uma criança queimada necessitar de analgésicos antes de realizar um penso (91,6%). A maioria discorda ou discorda parcialmente que uma criança sedada sente menos dor (35,2 e 23,2%). Quase metade dos enfermeiros acreditam que uma criança deprimida ou ansiosa sente realmente dor (47,2). Contudo, para aquelas que tiram proveito da dor (brinquedos, atenção, etc.), apenas 3,2% dos enfermeiros acham, sem reservas, que sentem verdadeiramente dor (Anexo XVI).

A esmagadora maioria dos enfermeiros discorda que os analgésicos devam ser reservados para a dor intensa (82,0%) e crêem que nem só os narcóticos são eficazes no alívio da dor (82,4%). Uma grande percentagem julga que a morfina não é um medicamento de último recurso (42,8%). Cerca de 34,8% dos enfermeiros acha que as crianças não são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos e 26,8% mostrou-se indeciso. Maioritariamente (54,8%) discordam que a morfina cause dependência na criança com mais facilidade que no adulto, embora quase _ manifeste dúvidas (Anexo XVII).

Cerca de 84,8% dos enfermeiros julga que o alívio da dor não é igual para todas as crianças. Maioritariamente consideram que a música ou o simples facto de demonstrar que acreditam na dor da criança, isso contribui para o seu alívio. Mostram-se indecisos quanto ao papel da privação sensorial ambiente (14,4%), porém quase metade concorda ou concorda parcialmente com o facto do isolamento e escuridão aumentarem a sensação de dor (24,4 e 23,6%) (Anexo XVIII).

Analisando os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros por cada dimensão da escala, verifica-se que as maiores pontuações médias foram observadas nas dimensões relativas ao conceito de dor (78,25) e cuidados farmacológicos (77,08), sendo as dimensões menos pontuadas as relacionadas com o reconhecimento e avaliação da dor (61,25 e 69,43, respectivamente).

Globalmente, as pontuações obtidas variaram entre um mínimo 39,58 e um máximo de 95,83 com uma média de 72,17 e uma dispersão em torno desse valor de 9,9 pontos (Anexo XIX).

A análise do gráfico 3 revela claramente que são nas dimensões reconhecimento da dor (32,4%), avaliação da dor (21,2%) e tolerância à dor (16,8%) da escala de saberes e práticas, que os enfermeiros mostram maiores dificuldades ou desfasamentos re-

lativamente ao cientificamente preconizado. Globalmente, os resultados são animadores, pois só 2,4% dos enfermeiros não atingiu o mínimo de 50 pontos na escala (Anexo XX).

2. Variáveis sociodemográficas, autoavaliação e saberes e práticas de cuidados

Estudo correlacional

Correlacionadas as variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício em serviços pediátricos com a variável saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança, apenas o tempo de exercício profissional revelou uma associação positiva e estatisticamente significativa com as saberes e práticas de cuidados ($r = 0,150$; $p = 0,018$) (Anexo XXI).

Ao associarmos a autoavaliação que os enfermeiros fazem dos seus conhecimentos sobre a dor pediátrica com os seus saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança, apurámos pelo coeficiente de correlação de Pearson uma associação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,347$; $p = 0,000$). Ou seja, quanto melhor é a autoavaliação do conhecimento, melhor são os seus saberes e práticas de cuidados. A variação nos saberes e práticas de cuidados destes enfermeiros é explicada em 12,04% pela variável conhecimento ($r^2 = 0,1204$) (Anexo XXII).

Estudo da análise da variância

Os resultados na comparação de médias dos saberes e práticas de cuidados através do teste T de Student não indicou diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino ($p = 0,076$), e o facto dos enfermeiros terem ou não passado por experiências dolorosas significativas ($p = 0,555$).

Porém, foram apuradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que frequentaram acções de formação sobre dor e os que não frequentaram, tendo os primeiros obtido pontuações mais elevadas na escala de saberes e práticas de cuidados ($p = 0,000$). Os enfermeiros de nível II revelaram muito melhores saberes e práticas de cuidados relativamente aos de nível I ($p = 0,000$). Os enfermeiros que detinham uma especialidade também obtiveram pontuações muito mais elevadas ($p = 0,000$). Por último, entre os enfermeiros detentores de uma especialidade foram os especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que conseguiram resultados significativamente melhores ($p = 0,002$) (Anexo XXIII).

Uma vez que os enfermeiros que participaram no estudo trabalhavam em três hospitais diferentes pretendemos comparar através do teste ANOVA as médias dos saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros entre esses hospitais. Dos resultados apurámos diferenças estatisticamente significativas ($F_{(2,247)} = 18,913$; $p = 0,000$).

A análise *Post Hoc* pelo teste Bonferroni revelou que essas diferenças de médias eram significativas entre todos os três hospitais. Entre o HP e o HV (dif. média 8,90803; $p = 0,000$), entre o HP e HL (dif. média 4,2607; $p = 0,014$), e, finalmente, entre o HL e HV (dif. média 4,7196; $p = 0,030$) (Anexo XXIV).

Em virtude do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos vários serviços apresentar características próprias decorrentes de variáveis como a idade, gravidade da doença, tipo de patologia e intervenção médica e cirúrgica, fomos verificar se realmente havia diferenças nos saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros entre os vários serviços.

Pela análise do gráfico 6, verifica-se que foram os enfermeiros do serviço de cirurgia que demonstraram melhores saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança (77,04) e os enfermeiros que trabalham em consultas externas e neonatologia os que apresentam pontuações mais baixas (66,44 e 65,66, respectivamente).

Comparadas as médias entre os oito serviços, o teste ANOVA acusou diferenças estatisticamente significativas ($F_{(7,242)} = 4,901$; $p = 0,000$).

Os enfermeiros que trabalham em serviços de neonatologia revelam saberes e práticas de cuidados com diferenças estatisticamente significativas em relação aos que trabalham em serviços de medicina (dif. média $-7,6979$; $p = 0,023$), em UCI (dif. média $-8,6937$; $p = 0,026$) e em cirurgia (dif. média $-11,3755$; $p = 0,001$). Encontraram-se igualmente diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os enfermeiros das consultas externas e os que trabalham no serviço de cirurgia (dif. média $-10,5936$; $p = 0,002$) (Anexo XXV).

Capítulo V – Discussão

Neste capítulo daremos significado aos resultados obtidos, tendo em conta a fundamentação teórica realizada e metodologia utilizada.

A sua organização segue os objectivos traçados, visando a resposta à pergunta de partida.

Encontra-se subdividido em 3 partes: caracterização da população, descrição da autoavaliação dos conhecimentos e saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança, exploração de relações estabelecidas entre as variáveis presentes e finaliza com algumas considerações metodológicas do trabalho desenvolvido.

1. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é uma etapa crucial no processo de investigação, que dá significado aos dados mais relevantes, à luz do enquadramento teórico e metodologia utilizada no estudo, discutindo-se igualmente as inferências possíveis após a utilização de testes estatísticos.

Apresentados e analisados os dados obtidos, importa agora elaborar uma reflexão crítica, confrontando os resultados encontrados com as opiniões dos autores consultados, conclusões de outros estudos e a nossa experiência pessoal.

Caracterização da população

A participação dos enfermeiros neste estudo foi elevada, apesar de se estar a entrar num período de férias e de vários profissionais se encontrarem ausentes do serviço por doença ou comissão gratuita

de serviço. Certamente, que o empenhamento dos enfermeiros chefes e/ou seus substitutos e o facto do questionário ser fácil e rapidamente respondido terão contribuído para este êxito. A pertinência do tema, que ganha cada vez mais actualidade no seio das preocupações dos enfermeiros terá sido, em nossa opinião, um outro factor importante.

Os enfermeiros que participaram no estudo têm uma média de idade jovem (35 anos), a maioria trabalha ainda há relativamente pouco tempo (10 anos) e a sua experiência em serviços pediátricos é maioritariamente de 1 ano.

Cerca de 1/3 encontrava-se no nível II da carreira de enfermagem, sendo por isso detentores de uma especialização, que na sua quase totalidade era em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Autoavaliação dos conhecimentos e saberes e práticas de cuidados

Quase metade dos enfermeiros afirmou ter frequentado acções de formação sobre dor e a maioria classifica globalmente os seus conhecimentos como suficientes. Cerca de 1/4 refere insuficiências no conhecimento do desenvolvimento neurológico da criança, no modo como aparece a dor e seus efeitos sistémicos na criança. Globalmente têm uma ideia muito favorável acerca dos seus conhecimentos, havendo apenas 16,8% que se classificaram com menos de 52,38 pontos. Estes resultados são similares aos encontrados em enfermeiras finlandesas⁸.

Os saberes e práticas de cuidados referentes às concepções que os enfermeiros fazem da dor na criança são globalmente positivas, superando resultados encontrados em anteriores estudos⁸. Conceber a dor como um fenómeno multidimensional sensorial, afectivo, único e individual é o primeiro passo para prestarmos cuidados que englobem a dimensão psicossocial da dor. Todavia é importante realçar que 1 em cada 5 enfermeiros não aceita incondicionalmente que a dor na criança é tudo aquilo que ela diz que é. A forma como conceptualizamos a dor influencia a qualidade dos cuidados que prestamos⁷.

Os enfermeiros manifestam-se divididos quanto ao facto de encorajarem uma criança a desenvolver a sua tolerância à dor. A tolerância à dor é uma resposta única e individual influenciada por múltiplos factores que não impedem a criança de sofrer^{2,35}. Pelo contrário, as experiências dolorosas repetidas tendem a aumentar a sensação dolorosa, tal como é postulado pela teoria *wind-up*^{47,54}. Assim, tal prática apenas vai reprimir as manifestações de dor da criança, dificultar o reconhecimento e avaliação da dor, por parte do enfermeiro, aumentando o sofrimento da criança pelo adiamento do tratamento para o seu alívio⁷.

A atitude comum de se considerarem bons doentes aqueles que demonstram capacidade de sofrimento^{11,56} e o de escolher preferencialmente a via intramuscular em detrimento da via oral na administração de terapêutica para o alívio da dor¹⁹, não parecem prática corrente nestes enfermeiros. Em pediatria, a via oral é uma via de eleição para administração de medicamentos¹⁰² e as injeções são descritas pelas

crianças como a sua pior dor^{19,82,92,104}, pelo que estão actualmente proscritas⁹².

O reconhecimento da dor foi a dimensão da escala, na qual quase um em cada três enfermeiros manifesta dificuldades (pontuação inferior ou igual a 50 pontos). Na verdade, em pediatria nem sempre é fácil reconhecer a dor. Ela é uma experiência pessoal e subjectiva que pode ser influenciada por múltiplos factores e a criança comunica essa sensação de variadas formas³. Nos primeiros anos da sua vida, a expressão verbal da dor apresenta limitações subjacentes ao seu desenvolvimento cognitivo^{48,53,69}, o que dificulta o reconhecimento da dor. Esta, para além de ser uma razão que leva ao subtratamento da dor pediátrica¹⁹, implica que os pais sejam parceiros privilegiados nos cuidados. Esta parceria ganha pertinência, na medida em que os pais são actores de referência no processo comunicacional ao promoverem e facilitarem o reconhecimento da dor nos seus filhos^{11,90,101,104}. Acresce referir, a propósito, que, num estudo desenvolvido por McGrath e Craing¹⁰¹, 99% das crianças inquiridas afirmaram aquilo que o que as mais ajudava quando sentiam dor era a presença da sua mãe.

A indecisão dos enfermeiros, relativamente às influências do seu desenvolvimento cognitivo nas respostas de dor da criança, confirmam a dimensão do reconhecimento da dor como uma das áreas a privilegiar no desenvolvimento de futuras acções de formação. Estas dificuldades são, em nossa opinião, agravadas pela metodologia adoptada na organização dos cuidados de enfermagem. A não implementação do método de trabalho por enfermeiro responsável leva a que sejam muitos os enfermeiros a cuidarem da mesma criança, prejudicando a relação de confiança, a continuidade da comunicação e a centralização da informação num só enfermeiro, o que impede uma identificação e avaliação segura da dor, o que prejudica a continuidade entre a planificação e a prestação dos cuidados. Em suma, prejudicam a implementação de uma relação de ajuda efectiva e a prestação de cuidados de excelência para o alívio da dor.

A maioria dos enfermeiros parece reconhecer a dor na criança, quando esta a manifesta verbalmente. De facto, a dor é tudo aquilo que a pessoa diz que é^{3,35}. Mas, e aquelas crianças cujo desenvolvimento não lhes permite comunicar verbalmente a dor?! Importa não esquecer que as crianças conseguem desenvolver mecanismos de adaptação à dor, sobretudo quando esta se prolonga no tempo, continuando a sofrer sem manifestarem alterações visíveis no seu comportamento^{3,7,48,71}.

O reconhecimento da dor em pediatria é particularmente difícil. Apenas um em cada três enfermeiros concorda que as crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem. As crianças podem negar a existência de dor, pelo medo de levar uma injeção, pela presença de um profissional estranho ou simplesmente por medo^{3,80}, mas quando a manifestam sentem realmente dor e raramente o fazem para obter benefícios^{7,101}.

Independentemente dos avanços científicos realizados no domínio da avaliação da dor⁷², os enfer-

meiros pediátricos deparam-se com dificuldades que tem sido apontadas como causas da negligência da dor em crianças^{11,14}.

Tal como foi descrito por Salantera⁸ no seu estudo, a quase totalidade dos enfermeiros considera que uma criança queimada necessita de um analgésico antes de realizar um penso. Todavia, a prática nem sempre o confirma. Poderemos perguntar, afinal, que barreiras existem entre o conhecimento, saberes e práticas e a prática efectiva?

Embora quase metade dos enfermeiros discordem que uma criança ansiosa ou deprimida não tenha realmente dor, 1/3 tem dúvidas ou pensa o contrário. Na verdade, não é fácil distinguir na criança entre comportamentos sugestivos de dor e ansiedade/depressão. A dor gera na criança stress, ansiedade e, nos casos de dor crónica, depressão, embora stress, ansiedade e depressão nem sempre gerem dor¹⁵, apesar de poderem aumentar a sua percepção.

As crianças que tiram proveito da dor não manifestam outros comportamentos indicativos de dor, para além de o afirmarem verbalmente. No entanto, isso não significa que não sintam realmente dor, bem pelo contrário^{3,7}. Dos enfermeiros inquiridos, um em cada três não comunga desta opinião, o que nos parece ser um factor importante a reter como causa da negligência no alívio da dor.

A divisão dos enfermeiros quanto ao facto de uma criança sedada poder ou não ter menos dor é notória. Na generalidade, os sedativos são desprovidos de efeitos analgésicos^{15,90,97}, sendo por isso utilizados como terapêutica complementar para controlar factores que podem interferir na percepção da dor (medo, stress, ansiedade, experiências anteriores, etc.). Eles promovem o relaxamento pela redução da ansiedade e provocam amnésia, o que para além de prevenir efeitos adversos de uma experiência anterior desagradável⁹⁰ reduzem o metabolismo, com consequente menor consumo de energia, oxigénio, frequência cardíaca e respiratória, para além de produzirem uma sensação de calma e tranquilidade⁷⁵, fazendo aumentar a produção de opiáceos endógenos⁵⁰.

Sabe-se, actualmente, que a morfina não causa mais dependência ou depressão respiratória na criança que no adulto^{2,95,96}, que deve ser utilizada sempre que necessário e não como último recurso⁷, que deve ser administrada e não reservada para as dores intensas¹ e que existem muitos medicamentos eficazes no alívio da dor^{15,91}.

Acresce, que o alívio eficaz da dor pressupõe que a medicação deve ser administrada na dose e frequência que permita a ausência de dor e ocorra antes do seu aparecimento, nem que para isso seja necessário acordar a criança^{2,89,90}.

O mito de que as crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos divide a opinião dos enfermeiros, embora um em cada três afirme que tal não acontece como já foi cientificamente demonstrado^{2,11}. O recém-nascido pode apresentar um ligeiro aumento da semivida dos opióides⁹⁶, mas os estudos confirmam que os ricos são mínimos e sabe-se que a naxolona inverte eficazmente os efeitos depressores da morfina^{2,11}.

Curioso é o facto de mais de metade dos enfermeiros concordar que a morfina não causa mais dependência na criança comparativamente com o adulto, o que aliás está cientificamente provado¹¹. Será que a respiração, ao ser considerada um sinal vital, os enfermeiros lhe atribuem maior importância?!

Mais de 4 em cada 5 enfermeiros acredita que a forma de aliviar a dor difere de criança para criança. Tudo aponta para que a visão mecanicista ou biomédica dos cuidados já não faz parte do seu quotidiano cuidativo. Estarão, por ventura, mais próximos de uma prática dentro do paradigma da simultaneidade⁸⁷, onde o enfermeiro intervém numa atitude de parceria, com respeito pelas diferenças e onde a qualidade de vida da criança e sua família é a sua grande preocupação. O respeito pela condição singular de cada criança e sua família, a partilha de sentimentos e emoções e a consciencialização das suas próprias emoções, sentimentos e comportamentos são pilares básicos da humanização dos cuidados.

O ambiente terapêutico, nomeadamente aquele que é promovido pela musicoterapia ou pela relação de confiança mútua entre enfermeiro/criança/pais, contribui para o seu alívio da dor^{11,112,114}. A comunicação, ao ser um dos factores mais importantes na avaliação dos cuidados de enfermagem, é prioritária na prevenção eficaz da dor^{110,112}. A solidez da relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e criança transmite segurança e tranquilidade, a chave para o sucesso terapêutico, por exemplo, dos placebos^{48,113}. A função da música, entre outras formas de distração, no alívio da dor é explicada pela teoria do Portão ao facilitar a libertação de neuromoduladores endógenos que bloqueiam a percepção da dor pelo fecho do portão^{38,45,48,50}.

O papel do isolamento e ambiente escurecido, normalmente usado como forma de alívio da dor, divide os enfermeiros. De acordo com Raiman³⁸, e pelo princípio da inundação sensorial, a privação de estímulos ambientais aumenta a percepção da dor. Um maior esclarecimento acerca dos factores que influenciam a percepção dolorosa seria importante para que o uso de medidas cuidativas não farmacológicas seja implementado na prática com mais frequência e convicção. Entender o papel terapêutico da música e não compreender o papel do isolamento ou escuridão na percepção da dor é aparentemente um paradoxo. A não ser que os enfermeiros ajam por imitação rotineira, sem plena consciência dos efeitos das suas acções no domínio da dor, o que sinceramente temos dificuldade em aceitar. A rotinização e ritualização dos cuidados impede o estabelecimento de uma relação interpessoal significativa necessária ao estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. O enfermeiro não pode ser um mero executor de tarefas.

Numa visão global, podemos afirmar que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança se aproximam muito do teoricamente preconizado nas dimensões relativas às concepções de dor, cuidados farmacológicos e não farmacológicos. Os maiores desfasamentos, todavia positivos, relacionam-se com o reconhecimento, avaliação e

tolerância à dor. Contudo, devem merecer uma atenção especial no futuro, pois são evidentes algumas discrepâncias entre os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros nas várias dimensões da escala. Cerca de 2,4% dos enfermeiros revelaram saberes e práticas de cuidados que impedem uma gestão eficaz da dor na criança.

Relação entre variáveis sociodemográficas, conhecimento e saberes e práticas de cuidados

Pensávamos que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros perante a dor na criança fossem influenciadas por variáveis sociodemográficas. A verdade é que, e para nossa surpresa, a idade dos enfermeiros e o seu tempo de exercício em serviços pediátricos não estavam associados aos seus saberes e práticas de cuidados. São conhecidos estudos que confirmam estes resultados^{8,18}.

Quanto ao tempo de exercício na profissão, os mais antigos têm melhores saberes e práticas de cuidados ($p = 0,018$). Por ventura, a experiência cuidativa proporciona saberes práticos que ajudem os enfermeiros a tomarem saberes e práticas mais coerentes com o conhecimento científico actual.

Relativamente ao sexo, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, os enfermeiros têm pontuações mais elevadas que as enfermeiras.

Quem passou por experiências dolorosas significativas revelou pontuações médias muito próximas das que não tiveram essa experiência. Seria por nós suposto encontrar diferenças substanciais, uma vez que acreditávamos que a experiência dolorosa tornasse as pessoas mais sensíveis a essa causa. Todavia, importa esclarecer que sendo a experiência dolorosa necessariamente uma avaliação subjectiva, própria de cada um e que acontece em contextos muito variados, isso influencia necessariamente o significado que cada um lhe atribui, bom ou mau independentemente de ser uma experiência significativa. Porter¹⁸, ao apreciar a autoavaliação do comportamento de médicos e enfermeiros perante a execução de procedimentos dolorosos, em crianças nos EUA, chegou a idênticos resultados.

Os enfermeiros com uma categoria profissional mais elevada, com uma especialidade, e entre estes os que possuíam a especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, apresentaram pontuações mais elevadas nos seus saberes e práticas de cuidados ($p = 0,000$; $p = 0,000$; $p = 0,002$, respectivamente), o que vem apoiar resultados de outras investigações⁸.

Não foi com surpresa que confirmámos o importante papel que as acções de formação sobre dor desempenham em prol da excelência dos cuidados ($p = 0,000$). Embora, a tradução prática das reflexões/conhecimentos adquiridos possam encontrar muitos obstáculos¹⁸. Este estudo parece comprovar que o investimento na formação é imperioso para a qualidade de vida das crianças que sofrem com dor e suas famílias^{7,18,20,21}.

Entre os enfermeiros dos três hospitais, as diferenças encontradas foram estatisticamente significati-

vas, o que reforça a convicção de que o trabalho desenvolvido em acções de formação sobre a dor é frutuoso. Na verdade, mais de metade dos enfermeiros do HP (62,3%) frequentaram acções de formação, enquanto no HL menos de um em cada cinco enfermeiros (17,3%) frequentou acções de formação, e no HV essa percentagem foi apenas de 9,6%.

Se a formação dos enfermeiros é um factor vital para a melhoria dos cuidados que prestam, seria suposto pensar que os melhor preparados tivessem melhores saberes e práticas de cuidados. A associação estabelecida entre a autoavaliação dos conhecimentos dos enfermeiros e seus saberes e práticas de cuidados revelaram-se directa e positivamente correlacionadas ($r = 0,347$; $p = 0,000$). A coerência entre o reconhecimento das suas competências e seus saberes e práticas nos cuidados à criança com dor são o primeiro passo para o desenvolvimento de cuidados com qualidade. Quem não se sabe autoavaliar não poderá avaliar os cuidados que presta. Ora, dificilmente reconhecerá e ultrapassará as suas próprias dificuldades e as de quem presta cuidados.

Considerações metodológicas

Antes de mais, devem-se reconhecer algumas limitações subjacentes a um trabalho que nasce de uma problemática não totalmente reconhecida pelos enfermeiros, bem como a frágil motivação dos profissionais de saúde para participarem nestes estudos. Não nos podemos esquecer, principalmente nos últimos anos, que são muitos os profissionais de saúde, em formação, a recorrer frequentemente aos serviços de saúde para colheita de dados, provocando um natural desgaste. Esta foi uma preocupação acrescida na construção de um instrumento de colheita de dados simples e de rápida resposta, o que nem sempre é tarefa fácil.

A avaliação dos resultados desta investigação não pode deixar de ter em conta que os mesmos têm um carácter ecológico, sem possibilidade de inferências.

A forma como foram obtidos os dados (sem qualquer restrição para aumentar o número de participantes) deve ser tida em consideração na interpretação dos resultados, uma vez que nada nos garante que em alguns casos os enfermeiros tenham trocado impressões durante o preenchimento do questionário, apesar de instruções claras em sentido contrário.

Por outro lado, reconhece-se que o tempo disponível para a realização desta investigação foi curto, o que condicionou o número de participantes para a construção da escala que permitiu medir a variável dependente (saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança).

Segundo Bryman e Cramer¹²², e para a concretização da análise factorial, deveria haver um mínimo de 5 participantes por item para que se encontrasse uma solução final confiável. Todavia, importa realçar que o número de enfermeiros por nós inquirido (198 para 63 itens) respeita indicações de outros autores¹²⁸ que apontam para uma proporção de dois

participantes por item, desde que o rácio número de participantes/factores não seja inferior a 20/1 e tenha pelo menos 100 elementos.

A análise factorial exploratória com base em 63 itens permitiu encontrar uma solução final de 25 itens distribuídos por 6 dimensões, semelhante ao teoricamente previsto. A excepção foi a dimensão **reconhecimento da dor**, que emergiu da dimensão teórica **manifestações de dor** e desdobramento da dimensão teórica **avaliação da dor**. Embora não prevista inicialmente, esta dimensão foi reconsiderada a natureza conceptual dos seus itens com o paradigma teórico, sendo-lhe atribuído o nome de **reconhecimento da dor**.

A solução final da escala explica mais de metade da variância total (56,53%), o que é muito próximo dos 60% preconizado¹²⁰. Os itens apresentam saturações significativas nos respectivos factores, excepto dois com saturações aceitáveis (0,421 e 0,470)¹²⁰.

As correlações entre as dimensões revelam que a dimensão **cuidados não farmacológicos** apresenta algum grau de independência relativamente a todas as outras dimensões da escala, o mesmo sucedendo entre a dimensão **reconhecimento da dor** e as dimensões **tolerância à dor** e **avaliação da dor**. No entanto, as correlações entre as restantes dimensões e com o total da escala são significativas, o que garante a unidimensionalidade da escala, embora se possa questionar a independência das dimensões entre si. Estas constatações levam a concluir que serão necessários melhoramentos futuros a este nível, nomeadamente com a inclusão de outros itens.

A estabilidade temporal da escala é muito boa ($r = 0,957$) e o seu grau de coerência interna ($\alpha = 0,66$) é muito próximo dos, 7 recomendados^{28,121}.

Temos consciência que a proporção de variância total explicada pós-rotação Varimax da escala e o seu grau de coerência interna poderiam ser melhorados pelo aumento do número de participantes. Reconhecemos a necessidade de novas aplicações para o melhoramento desta escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança. Todavia, foi uma primeira tentativa, o que é sempre o passo mais difícil de ser dado.

A exploração dos dados colhidos é sempre passível de inúmeros outros cruzamentos, nomeadamente com as dimensões da escala, o que se sugere numa próxima oportunidade.

Uma outra dificuldade deveu-se à escassez de estudos semelhantes, o que necessariamente condiciona a análise e discussão dos resultados.

Conclusões

Diversos estudos evidenciaram a existência de lacunas no conhecimento, concepções, e pensamentos estereotipados que nos conduzem a apreciações inadequadas sobre a experiência humana da dor^{38,129}. Os nossos saberes e práticas são factores que necessariamente produzem efeito nos nossos actos. Como profissionais de saúde, temos uma responsabilidade moral e ética de actualizarmos os

nostros conhecimentos para podermos atingir a excelência nos cuidados.

As crianças, como seres capazes de fazerem as suas próprias escolhas, de interagirem com o meio envolvente e de comunicarem (da maneira que podem), obrigam-nos a responder às suas necessidades na prevenção e alívio da dor, tal como o fazemos para o adulto. Os cuidados de enfermagem geralmente são programados, o que cria as condições necessárias para que a dor seja prevenida. Uma criança que sofre não é exemplo de boa prática de enfermagem.

A construção de uma escala para avaliar os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros pediátricos perante a dor na criança permitiu-nos fazer um diagnóstico da situação, identificar as temáticas a desenvolver e as correcções a efectuar em futuras acções de formação, em função dos desvios encontrados. No entanto, reconhece-se a necessidade de melhoramentos ao nível da validade e confiabilidade da escala.

Dos resultados encontrados, concluímos que os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros são positivas. A esmagadora maioria dos enfermeiros considera desnecessária a dor causada pelos exames, que os analgésicos não devem ser reservados só para as dores intensas, que para além dos narcóticos são muitos os medicamentos úteis no alívio da dor, que a criança queimada necessita de analgesia antes de realizar o seu penso, que se deve evitar a utilização da via intramuscular para administração de medicação, que as crianças que toleram pouco a dor não podem ser consideradas maus doentes e que a forma de aliviar a dor é diferente de criança para criança.

Apenas 2,4% dos enfermeiros têm saberes e práticas de cuidados que não foram consideradas positivas. Contudo, não é de desprezar a percentagem de enfermeiros com necessidade de reflectirem sobre os seus actos quando cuidam da criança com dor. As saberes e práticas relacionadas com o reconhecimento, avaliação e tolerância à dor foram as dimensões onde os enfermeiros revelam maiores dificuldades. Destas salientamos que:

- Um em cada cinco enfermeiros não aceita incondicionalmente que a dor é tudo o que a criança diz que é.
- Um em cada três revela dúvidas ou concorda que a criança que ao tirar proveito da dor não a sente verdadeiramente e que a morfina é um medicamento de último recurso.
- A maioria está indecisa ou concorda com o desenvolvimento da tolerância à dor na criança, que o prolongamento da dor tende a aumentar a sua tolerância, que a criança é mais sensível que os adultos aos efeitos depressores respiratórios da morfina e que a sedação tem efeitos analgésicos.
- Demonstram ambiguidade quanto relação de dependência entre as manifestações de dor da criança e o seu estágio de desenvolvimento cognitivo, assim como quanto à influência da privação sensorial na percepção da dor.

Os enfermeiros consideram possuir conhecimentos suficientes a bons relativamente à dor pediátrica. Contudo, 1/4 admite a necessidade de mais formação sobre o desenvolvimento neurológico, mecanismos que geram dor e seus efeitos sistémicos na criança. Cerca de um em cada seis enfermeiros reconhece que globalmente que os seus conhecimentos são insuficientes.

As melhores autoavaliações do conhecimento e a maior antiguidade na profissão correspondem a melhores saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros. Estas associações revelaram-se estatisticamente significativas.

Este trabalho veio confirmar que as acções de formação sobre dor são úteis para a adopção de saberes e práticas de cuidados positivos em relação à dor na criança. Os enfermeiros de nível II, habilitados com uma especialidade, e entre estes com a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica e os que frequentaram acções de formação sobre dor, demonstram de forma estatisticamente significativa melhores saberes e práticas de cuidados. Entre os hospitais, observaram-se igualmente diferenças significativas nos saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros.

Neste sentido, e de acordo com os resultados encontrados, sugerem-se acções a desenvolver prioritariamente nos hospitais de Viseu e Leiria, com programas adaptados e personalizados à realidade concreta.

Para garantirmos um maior sucesso no desenvolvimento destas acções de formação sobre a dor, pensamos que os planos de desenvolvimento curricular dos seus formandos, a par de um aumento do nível de profundidade técnica e científica, contemplem um ensino que propicie reflexões continuadas sobre os saberes e práticas cuidativas. É necessário ajudar os formandos a conhecerem-se durante o seu processo de formação para que possam estabelecer uma relação de igualdade e respeito mútuo entre crianças, pais e família. Obviamente, que para nós isto é prioritário para a formação dos enfermeiros nas Escolas de Enfermagem.

Como continuidade deste trabalho, seria interessante aperfeiçoar a construção da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança e desenvolver estudos que verifiquem se estas se traduzem na sua prática diária dos enfermeiros, bem como identificar os obstáculos existentes ao nível do funcionamento organizacional do serviço/instituição que impedem a adopção de medidas adequadas na prevenção e alívio da dor.

O desenvolvimento multidimensional da enfermagem garantiu-lhe um crescimento gradual sustentado em práticas reflexivas, que lhe permitiu atingir uma *performance* no caminho da excelência.

A reflexão sobre alguns dos dados encontrados nesta investigação leva-nos a acreditar que a excelência dos cuidados à criança com dor e sua família passa pelo:

- Seguimento de um modelo teórico de enfermagem inserido no paradigma da simultaneidade, que privilegie a parceria nos cuidados com cri-

anças/pais/família e garanta a necessária uniformidade na prevenção e alívio da dor com respeito pela diversidade de cada um.

- Implementação do método de trabalho por enfermeiro responsável.
- Criação de protocolos de actuação por serviço, que permita ao enfermeiro agir com maior independência em relação às actividades interdependentes mais comuns.
- Adopção nos vários serviços de escalas de avaliação de dor.
- Desenvolvimento de acções de formação a nível escolar e em formação contínua.

Os enfermeiros tem uma responsabilidade acrescida, nos cuidados que prestam à criança com dor e sua família, pela sua permanente relação de proximidade. Por isso, devem mobilizar todos os seus saberes científicos para que todas as crianças, sem excepção, tenham o direito a não sofrer com dor.

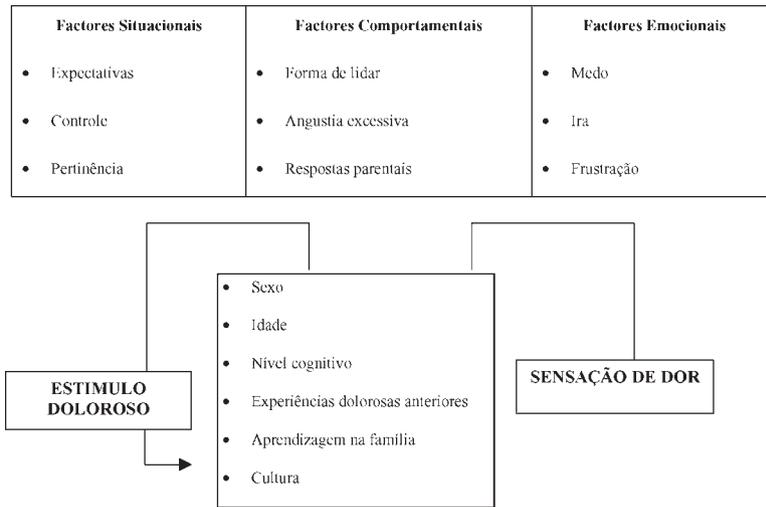
Bibliografia

- Coniam SW, Diamond AW. Controlo da dor. Lisboa: Climepsi 1997.
- Carter B. Child and infant pain. London: Chapman e Hall 1994.
- Burr S. A dor na infância. Nursing 1988;10:41-5.
- Edgar L. Souffrez-vous de codependence? Nursing Quebec 1991;6:54-61.
- Januario L. Editorial: a dor, a criança e nós. Saúde Infantil 1991;1:3-4.
- Pereira JS. Ética e terapêutica da dor. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. Dor na criança e no jovem. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
- Ulrich M. Mythes et préjugés à proscrire. Nursing Quebec 1991;5:40-5.
- Salantera S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. Journal of Advanced Nursing 1999;3:727-36.
- Gomes-Pedro J. Introdução. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. Dor na criança e no jovem. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
- Schechter NL. O problema da dor na criança. Pediatrics (ed. Port.) 1997;6:378.
- Pimentel JC. A dor na criança. Divulgação 1992;24:10-21.
- Costa A, et al. A dor no doente oncológico. Divulgação 1994;30:9-19.
- Romsing J, et al. Postoperative pain in children: comparison between rating of children and nurses. Journal of Pain and Symptom Management 1996;1:42-6.
- Ibáñez MAM. Dolor en el niño. Rol 1997;226:13-9.
- AAP. Prevenção e tratamento da dor e do stress no recém-nascido. Pediatrics 2000;3:174-81.
- Vortherms R, et al. Knowledge, attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses. Research in Nursing and Health 1992;6:459-66.
- Broome ME, et al. Pediatric pain practices: a national survey of health professionals. Journal of Pain and Symptom Management 1996;5:312-20.
- Porter FL, et al. Tratamento da dor em recém-nascidos: estudo com a colaboração de médicos e enfermeiros. Pediatrics (ed. Port.) 1997;9:506-14.
- Schechter NL. Tratamento insuficiente da dor em crianças: uma visão global. Em: Schechter NL. Clínicas Pediátricas da América do Norte: Dor aguda em crianças. Vol 4. Rio de Janeiro: Interlivros 1989.
- Ferreira OM. Cuidar da pessoa com dor. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas UCP 1995 (Tese de mestrado).
- Ross RS, et al. Factors affecting nurses decisions to administer PRN analgesic medication to children after surgery: an analog investigation. Journal of Pediatric Psychology 1991;2:151-67.
- Ministério da Saúde. DGS. A saúde dos portugueses. Lisboa: DGS 1997.
- Reis J. Dor e enfermagem. Em: Rico T, Barbosa A. Dor: Do neurónio à pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal 1995.
- Barbosa A. A dor como experiência humana. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. Dor na criança e no jovem. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
- Kodiath M. A new view of chronic pain client. Holistic Nurs Practice 1991;1:41-6.
- Cupples S. Pain as an hurtful experience. Nursing Forum 1992;1:77-86.
- Abrantes A, et al. Manual de métodos de investigação em saúde. Lisboa: Ed. Especiais APMCG 1989.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1995.
- Richardson RJ, et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2ª ed. São Paulo: Atlas 1989.
- Quartilho MJR. Dor crónica: Alguns aspectos sócio-culturais. Psiquiatria Clínica 1996;3:171-80.
- Mateus MP, Branco JC. Fisiopatologia da dor. Acta Reumatológica Portuguesa 1998;85:70-9.
- Cristina IS, et al. Enfermeiro perante a dor: cuidar com qualidade. Enfermagem em Foco 1998;31:21-5.
- Dias AOS, et al. Experiência dolorosa. Servir 1994;3:145-54.
- Ourives AC, et al. Intervenção cuidativa à pessoa com dor. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Departamento das Ciências da Saúde e da Vida 1993.
- McCaffery M, BEEBE. Pain clinical manual for nursing practice. Baltimore: Mosby 1989.
- Gameiro MH. O sofrimento na doença. Coimbra: Quarteto Editora 1999.
- Serrão D. Documento de apoio a comunicação oral realizada na Pós-graduação de Bioética. Lisboa: UNL 1996.
- Raiman J. Tentando compreender a dor e planejar o alívio. Nursing 1988;7:36-44.
- Numbers L. A dor: uma introdução. Nursing 1988;7:3-4.
- Fornrdham M. Teorias neurofisiológicas da dor. Nursing 1988;7:5-10.
- Pascoal F. A pessoa doente com dor numa unidade de cuidados intensivos: reflexo das vivências na atitude do cuidar. Enfermagem Oncológica 1998;7:12-7.
- Martin JB, Fields H. Dor: fisiologia e tratamento. Em: Isselbacher Kwt, et al. Harrison. Medicina Interna. 13ª ed. Vol 1. Mexico: McGraw-Hill 1995.
- Santos HG. Anestésicos locais. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. Dor na criança e no jovem. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
- Biscaia J. A dor no bebé. Em: Rico T, Barbosa A. Dor: Do neurónio à pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal 1995.
- Melzack R, Wall P. O desafio da dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1987.
- Fornrdham M. Teorias psicológicas da dor. Nursing 1988;7:19-22.
- Clark L. Facilitar o alívio da dor. Em: Sorensen K, Luckmann J. Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta 1998.
- Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara 1989.
- Sofaer B. Dor. Manual prático. 2ª ed. Rio Janeiro: Revinter 1994.
- McVicar A, Clancy J. A subjectividade da dor. Nursing 1993;71:21-4.
- McGrath PA. Evaluating a child's pain. Journal of Pain and Symptom Management 1989;4:192-214.
- Steven B, et al. Pain in children: theoretical, research and practice dilemmas. Journal of Pediatrics Nursing 1987;3:154-66.
- Du Gas BV. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara 1984.
- Walco GA, et al. The relationship between recurrent clinical pain and threshold in children. Em: Tyler DC, Krane EJ. Advances in pain research therapy. Vol 15. Nova Iorque: Raven Press 1990.
- Volpe J. Neurology of the newborn. Filadélfia: Saunders 1981.
- Beales JG. Desenvolvimento cognitivo e percepção da dor. Nursing 1988;7:23-6.
- Martinelli AM. Pain and ethnicity: how people of different cultures experience pain. AORN Journal 1987;2:273-81.
- Bernstein BA, Pachter LM. Cultural consideration in children's pain. Em: Schechter NL, et al. Pain in infants, Children, and Adolescents. Baltimore: Williams & Wilkins 1993.
- Abu-Saad H. Cultural components of pain. The Asian-American child. Children's Health Care 1984;1:11-4.
- Warni JW. Behavioral management of pain in children. Em: Tyler DC, Krane EJ. Advances in pain research therapy. Vol 15. Nova Iorque: Raven Press 1990.
- Eiser C, Patterson, D. Slugs, snails and puppy dog tails: children's ideas about the inside of their bodies. Child Health Care Development 1983;5:233-40.
- Brewster A. Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. Pediatrics 1982;62:355-62.
- Savedra M, et al. How do children describe pain? A tentative assessment. Pain 1982;14:95-104.
- Gaffney A, Dunn EA. Developmental aspects of children's definitions of pain. Pain 1986;26:105-17.
- Jay SM, et al. Assessment of children's distress during painful medical procedures. Health Psychology 1983;2:133-47.
- Luna MCB. A dor. Enfermagem em Foco 1995;17:44-6.
- Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1999.
- Almada JR. Intervenção do enfermeiro perante o doente com dor. Enfermagem em Foco 1992;8:39-44.
- Santos AM, Valente E. A dor e o cuidar. Nursing 1995;84:7-10.
- Beyer JE, Wells N. Avaliação da dor em crianças. Em: Schechter NL. Clínicas Pediátricas da América do Norte: Dor aguda em crianças. Vol 4. Rio de Janeiro: Interlivros 1989.
- Smaltzer SC, Bare BG. A pessoa que sente dor. Em: Smaltzer SC, Bare BG. Brunner / Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1994.
- Zúñiga ST, Tarraza GB. Medición del dolor. Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile 1994;23:155-8.

73. Price S. Avaliando a dor nas crianças. *Nursing* 1995;8:32-4.
74. Fourrier-Charrière E, Dommergues JP. La douleur chez l'enfant: aspects spécifiques. *La Revue du Praticien* 1994;44:1925-31.
75. Reis LL. Algumas considerações sobre a problemática da dor na prática médico-legal. Em: Rico T, Barbosa A. *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer Portugal 1995.
76. Eland JM. The experience of pain in children. *Sem Oncol Nurs* 1985;2:116-22.
77. Rundshagen I, et al. Patients' vs nurses' assessments of postoperative pain and anxiety during patient-or nurse-controlled analgesia. *Br J Anaesth* 1999;3:374-8.
78. Sjöstrom B, et al. Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;3:339-44.
79. Jacob E, Puntillo KA. Pain in hospitalized: pediatric nurses' beliefs and practices. *Journal Pediatrics Nurs* 1999;6:379-91.
80. Gomes JAM. Clínica da dor crónica de causa reumatológica na criança e no jovem. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
81. McCory LB. A review of the second international symposium of pediatric pain. *Pediatric Nurs* 1991;4:366-70.
82. Eland JM. Minimizing pain associated with prekindergarten intramuscular injections. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1981;5:361-72.
83. Hester N. The pre-operational reaction child's reaction to immunisations. *Nursing Res* 1979;28:250-4.
84. Lollar D, et al. Assessment of paediatric pain: an empirical perspective. *Journal Pediatric Psychologic* 1982;7:267-77.
85. Varni JW, et al. The Varni-Thompson pediatric pain questionnaire I: chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain* 1987;28:27-38.
86. Twycross A. Dispelling modern day myths about children's pain. *J Child Health Care* 1998;1:31-5.
87. Lafrenière S. À la découverte du m'aparadigme infirmier. *L'infirmière du Québec* 1995;Septembre/Octobre:33-7.
88. Kérouac S, et al. La pensée infirmière: Conceptions et stratégies. Québec: Maloine 1994.
89. Goodinson MS. O alívio da dor: intervenções farmacológicas. *Nursing* 1988;1:26-32.
90. Rodrigues G. Analgésicos e outros fármacos adjuvantes em pediatria. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
91. Sanda JK, Dennison PE. *Manual clínico de enfermagem médico-cirúrgica*. 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta 1996.
92. Virella D. Tendências actuais da analgesia pós-operatória em pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa* 1996;2:527-9.
93. Eschaler A, et al. Les médicaments de la douleur. *La Revue du Praticien* 1994;44:1903-9.
94. Tavares JC. Medicamentos da dor e seus mecanismos de acção. Em: Garret S, et al. *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 3ª ed. Vol I. Porto: Porto Editora 1997.
95. Tavares JC. Analgésicos de acção central e seus antagonistas. Em: Garret S, et al. *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 3ª ed. Vol I. Porto: Porto Editora 1997.
96. Alves AG. Opióides agonistas e antagonistas. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
97. Tavares JC. Anestésicos gerais e anestésicos locais. Em: Garret S, et al. *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 3ª ed. Vol I. Porto: Porto Editora 1997.
98. Blass EM. O papel calmante do leite no recém-nascido. *Pediatrics* (ed. Port.) 1997;6:371.
99. Fischer M. Contacto humano; o toque físico e a presença. *Nursing* 1990;16-9.
100. Esteves A. Prescrição de medicamentos à criança. Em: Garret S, et al. *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. Manual de farmacologia e farmacoterapia. Vol I. 3ª ed. Porto: Porto Editora 1997.
101. McGrath PJ, Craig K. Factores psicológicos e do desenvolvimento na dor das crianças. Em: Schechter NL. *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Dor aguda em crianças*. Vol 4. Rio de Janeiro: Interlivros 1989.
102. AAP. Vias alternativas de administração de fármacos – Vantagens e desvantagens (revisão). *Pediatrics* (ed. Port.) 1997;7:418-8.
103. Reis LL. A dor crónica na criança. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *A dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
104. Mather L, Mackie J. The incidence of post-operative pain in children. *Pain* 1983;15:271-82.
105. Houck CS. The management of actue pain in the child. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
106. Calobrisi SD, et al. Exantema petéquiado secundário à aplicação do creme EMLA. *Pediatrics* (ed. Port.) 1998;3:138-41.
107. Koren G. Use of the eutectic mixture of local anesthetics in young children for procedure-related pain. *The Journal of Pediatrics* 1993;5:30-5.
108. Larsson BA. Strategies to reduce procedural pain in the newborn. *Research and Clinical Forums* 1998;4:63-9.
109. Brems K, et al. Evaluation of postoperative pain therapy with patient-controlled analgesia from the viewpoint of the patient and nursing staff. *Zentralbl Chir* 1999;1:54-9.
110. Meales JG. Desenvolvimento cognitivo e a percepção da dor. *Nursing* 1988;7:23-6.
111. Carr E. Métodos não físicos no alívio da dor. *Nursing* 1990;3:7-9.
112. Ferrão RM. Dor na criança: intervenções de enfermagem. Em: Gomes-Pedro J, Barbosa A. *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Permanyer Portugal 1997.
113. Bruxelles J. L'effet placebo dans le traitement de la douleur. *La Revue du Praticien* 1994;44:1919-23.
114. Bauchener H, et al. Ensino aos pais sobre como confortar os seus filhos durante procedimentos médicos comuns. *Archives of Diseases in Childhood* 1994;2:267-70.
115. Sebst SM, Henretig FM. Tratamento da dor no sector de emergência. Em: Schechter NL. *Dor aguda em crianças*. Rio de Janeiro: Interlivros 1989.
116. Caty S, et al. Assessment and management of children's pain in community hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 1995;4:638-45.
117. Lukacs E. La douleur d'origine iatrogène (actes diagnostique et thérapeutiques): évaluation et prévention. *Journal de Pédiatrie et de Puericulture* 1993;3:138-43.
118. Oliveira CMS. Validade e fidedignidade de instrumentos de medida: uma experiência. *Nursing* 1999;129:37-40.
119. Fortin MF, et al. Introduction à la recherche. Québec: Décarie 1988.
120. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Silabo 1998.
121. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Coimbra: Centro de estudos e investigação em saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra 1998.
122. Bryman A, Cramer D. Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta Editora 1992.
123. D'Hainaut L. Conceitos e métodos de estatística. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1992.
124. Pereira R. Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais e psicologia. Lisboa: Silabo 1999.
125. Green J, et al. Testes estatísticos em psicologia. Lisboa: Editorial Estampa 1991.
126. Pinto AC. Metodologia da investigação psicológica. Porto: Ed. Jornal de Psicologia 1990.
127. Spiegel M. Estatística. 2ª ed. São Paulo: McGraw-Hill 1985.
128. Kline P. An easy guide to factor analysis. Londres: Routledge 1994.
129. Saxey S. A resposta do enfermeiro à dor pós-traumática. *Nursing* 1988;7:31-5.

Anexo I

Figura 1 - Modelo dos factores situacionais, comportamentais e emocionais que afectam a dor na criança



Fonte: Carter, Bernadette - Child in infant. London: Chapman e Hall, 1994.

Anexo II

Quadro 1 - Comunicação não verbal da dor na criança

GERAL	ESPECIFICA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comportamento alterado</i> • <i>Irritabilidade</i> • <i>Afectação</i> • <i>Postura anormal</i> • <i>Gritos</i> • <i>Relutância em mover-se</i> • <i>Agressividade</i> • <i>Apego crescente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Puxar as orelhas</i> • <i>bater com a cabeça</i> • <i>quietude não habitual</i> • <i>Sono perturbado</i> • <i>Perda de apetite</i> • <i>Desassossego</i> • <i>Lamúria chorosa</i> • <i>Choro convulsivo</i> • <i>Letargia</i> • <i>Ficar apavorado</i> • <i>Enroscar-se de lado</i> • <i>Recusa em mover os ombros</i>

Fonte: Burr, Sue - A dor na infância. *Nursing* 1988; 10:41-5.

Anexo III

Quadro 2 - Métodos usados para a avaliação da dor em pediatria

	Auto-relato	Comportamentais	Fisiológicos
Lactente/criança pequena		<ul style="list-style-type: none"> • Características do choro • Tempo de choro • Expressão facial • Acompanhamento com o olhar • Movimento corporal • Tempo de resposta ao estímulo • Estado comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca • Pressão arterial • Frequência respiratória • Diaforese
Pré-escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Expressões faciais • Oucher • Instrumento de lascas de madeira • Escala da escada • Escala de cores • Questionário pediátrico da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de dor do hospital infantil do leste de Ontario (CHEOPS) • Escala de classificação do comportamento • Lista de avaliação do comportamento • Escala de observação do stress comportamental • Escala de Gauvain-piquard et al 	
Escolares / Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas análogas visuais • Escalas de classificação numérica • Escalas de palavras • Questionário pediátrico da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala objectiva da dor • Escala de classificação do comportamento • Lista de avaliação do comportamento 	

Fonte: Beyer, Judith E.; Wells, Nancy - Avaliação de dor em crianças. In: Schechter, Neil L. - Clínicas Pediátricas da América do Norte: dor aguda em crianças. Vol 4. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

Anexo IV

Quadro 3 – Estrutura factorial da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança (versão final, 25 itens)

Itens	Cargas factoriais					
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
31	.833					
30	.812					
29	.717					
20	.521		.332		.359	
45		.793				
44		.664				
46		.660				
50		.518				
49		.509	.308			
05		.421				.363
60			.795			
62			.707			
54			-.671			
37			.630			
04				.686		
02				.673		
01	.455			.575		
53	.374			.564		
51					.719	
11					.687	.335
12					.578	
09					.558	
26						.780
25						.739
28			.303	.408		.470
Variância explicada (após rotação)	11.46%	10.37%	9.96%	8.67%	8.34%	7.73%
	Total - 56.53%					

Anexo V

Quadro 4 – Distribuição dos itens iniciais segundo as dimensões da versão final da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança

<i>Dimensões</i>	<i>Itens</i>
Conceito de dor	1; 2; 4; 53
Tolerância à dor	9*; 11*; 12*; 51*
Reconhecimento da dor	20; 29*; 30; 31
Avaliação da dor	5; 25*; 26*; 28*
Cuidados farmacológicos	44*; 45*; 46*; 49*; 50*
Cuidados não farmacológicos	37; 54*; 60; 62

* itens de sentido inverso

Anexo VI

Instrumento colheita de dados

Anexo VII

Quadro 5 – Distribuição por dimensão dos itens e amplitude da escala de saberes e práticas de cuidados perante a dor na criança.

<i>Dimensões</i>	<i>Itens</i>	<i>Valor da escala (pontos)</i>
Conceito de dor	1; 2; 3; 4	0 - 100
Tolerância à dor	5*; 6*; 7*; 8*	0 - 100
Reconhecimento da dor	9; 10*; 11; 12	0 - 100
Avaliação da dor	13; 14*; 15*; 16*	0 - 100
Cuidados farmacológicos	17*; 18*; 19*; 20*; 21*	0 - 100
Cuidados não farmacológicos	22; 23*; 24; 25	0 - 100
Amplitude total da escala		0 - 100

* itens de sentido inverso

Anexo VIII

Quadro 6– Matriz de correlações entre as dimensões e total da escala

Dimensões	Conceito de dor	Tolerância à dor	Reconhecimento da dor	Avaliação da dor	Cuidados farmacológicos	Cuidados não farmacológicos	TOTAL
Conceito de dor	1.000						
Tolerância à dor	-.154 (p=.031)	1.000					
Reconhecimento da dor	.446 (p=.000)	.038 (p=.598)	1.000				
Avaliação da dor	.138 (p=.052)	.383 (p=.000)	-.075 (p=.292)	1.000			
Cuidados farmacológicos	.175 (p=.014)	.432 (p=.000)	-.159 (p=.025)	.334 (p=.000)	1.000		
Cuidados não farmacológicos	.099 (p=.165)	.106 (p=.137)	.099 (p=.165)	-.019 (p=.794)	.092 (p=.198)	1.000	
TOTAL	.347 (p=.000)	.625 (p=.000)	.445 (p=.000)	.515 (p=.000)	.588 (p=.000)	.362 (p=.000)	1.000

Anexo IX

Quadro 7 – Caracterização da população

Caracterização		N=250
Hospital (%)		
HP		58.4
HL		20.8
IIV		20.8
Serviços (%)		
UCI		11.6
Urgência		22.4
Medicina		24.0
Neuro-ortotraumatologia		6.0
Bloco operatório		6.0
Cirurgia/queimados		10.4
Neonatologia		9.6
Consultas externas / outros		10.0
Idade (média e desvio padrão)		34.98 (± 8.03)
Sexo feminino (%)		91.6
Tempo de exercício profissional (média e desvio padrão)		12.09 (± 10)
Tempo em serviços de pediatria (média e desvio padrão)		9.94 (± 7.28)
Carreira profissional -Nível I (%)		66.0
Com especialidade (%)		34.0
Com frequência de ações de formação (%)		42.0
Com experiências dolorosas significativas (%)		78.0

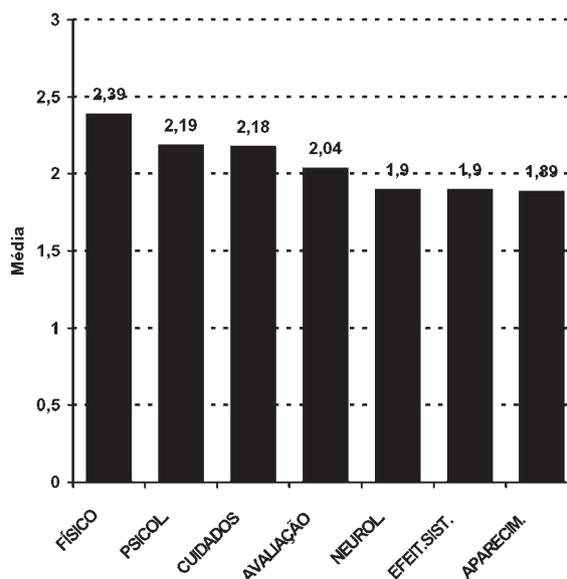
Anexo X

Tabela 1- Auto-avaliação do conhecimento por dimensão

Dimensões	Conhecimento Mau %	Insuficiente %	Suficiente %	Bom %
Desenvolvimento físico	0.0	4.8	51.6	43.6
Desenvolvimento psicológico	0.0	10.0	60.8	29.2
Desenvolvimento neurológico	0.0	24.0	62.4	13.6
Avaliação da dor	0.0	16.0	64.0	20.0
Aparecimento da dor	0.0	23.2	64.8	12.0
Efeito sistêmico da dor	0.8	25.2	57.2	16.8
Cuidados no alívio da dor	0.0	10.8	60.8	28.4

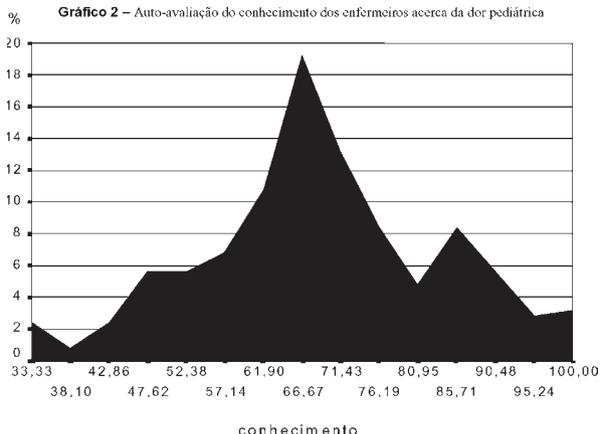
Anexo XI

Gráfico 1 – Pontuações médias da auto-avaliação do conhecimento por dimensão



Anexo XII

Gráfico 2 – Auto-avaliação do conhecimento dos enfermeiros acerca da dor pediátrica



Anexo XIII

Tabela 2 Saberes e práticas de cuidados relativas ao conceito de dor

Saberes e práticas de cuidados	Discordo (%)	Discordo parcialmente (%)	Indeciso (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo (%)
A dor é tudo o que a criança diz que é	6.8	11.6	3.2	39.2	39.2
A dor existe onde a criança diz que existe	4.0	6.0	2.8	40.0	47.2
A dor causada por exames é desnecessária pelo que deve ser evitada tanto quanto possível	2.4	5.2	2.4	17.2	72.8
A criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir	7.2	9.6	6.4	43.2	33.6

Anexo XIV

Tabela 3- Saberes e práticas de cuidados relativas à tolerância à dor

Saberes e práticas de cuidados	Discordo (%)	Discordo parcialmente (%)	Indeciso (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo (%)
As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor	32.0	16.0	12.0	26.4	13.6
As crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes	73.6	14.8	3.2	4.8	3.6
As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor	30.4	12.8	15.6	25.2	16.0
Para a dor intensa na criança, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção intramuscular devo escolher a via intramuscular	74.8	10.0	5.2	4.4	5.6

Anexo XV

Tabela 4- Saberes e práticas de cuidados relativas ao reconhecimento da dor

Saberes e práticas de cuidados	Discordo (%)	Discordo parcialmente (%)	Indeciso (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo (%)
As respostas de dor na criança dependem do seu desenvolvimento cognitivo	25.2	11.6	10.4	25.2	27.6
As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem	8.8	14.4	5.6	44.0	27.2
Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor	2.8	8.4	4.8	32.8	51.2
Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor	4.4	10.0	5.2	35.2	45.2

Anexo XVI

Tabela 5- Saberes e práticas de cuidados relativas à avaliação da dor

Saberes e práticas de cuidados	Discordo (%)	Discordo parcialmente (%)	Indeciso (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo (%)
A criança queimada precisa de um analgésico antes da realização do penso	0.0	0.4	0.8	7.2	91.6
Na criança ansiosa ou deprimida a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)	47.2	21.6	6.8	21.2	3.2
As crianças que tiram proveito da dor (atenção, brinquedos, etc..) não sentem verdadeiramente dor	32.8	32.2	14.0	17.6	3.2
Uma criança sedada tem menos dor	18.0	16.0	7.6	23.2	35.2

Anexo XVII

Tabela 6- Saberes e práticas de cuidados relativas aos cuidados farmacológicos

Saberes e práticas de cuidados	Discordo (%)	Discordo parcialmente (%)	Indeciso (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo (%)
As crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos	34.8	10.4	26.8	12.4	15.6
A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto	54.8	10.4	24.0	6.4	4.4
Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa	82.0	12.8	0.0	4.0	1.2
Só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor	82.4	10.8	4.4	1.2	1.2
A morfina é um medicamento de último recurso	42.8	20.4	5.2	15.2	16.4