



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS AO CUIDAR
DA CRIANÇA COM DOR**

Cristina Isabel Perdigão Figueiredo

Guarda
dezembro, 2016



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS AO CUIDAR DA CRIANÇA COM DOR

Dissertação elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cristina Isabel Perdigão Figueiredo

Orientadora: Prof^ª. Doutora Ana Maria Jorge

Guarda
dezembro, 2016

AGRADECIMENTOS

É com enorme satisfação que encaro a concretização deste trabalho como uma etapa ultrapassada, apesar do esforço exigido e dos momentos de desmotivação cuja realização só foi possível com o apoio de alguns intervenientes.

Agradeço a todos os que tornaram possível a realização desta pesquisa nomeadamente ao Centro Hospitalar Cova da Beira (Covilhã) e aos colegas dos serviços de Pediatria, Unidade de Neonatologia e Urgência Pediátrica que se disponibilizaram para a participação neste estudo.

À Professora Doutora Ana Maria Jorge pela ajuda, disponibilidade, incentivo e partilha de conhecimento.

A uma colega e amiga pelo seu apoio e disponibilidade durante este percurso.

À minha família, particularmente ao José e ao Vasco pelo apoio, compreensão e pelo tempo que não puderam partilhar comigo.

A todos desejo expressar sinceros agradecimentos

RESUMO

O controlo da dor é hoje, indissociável da prática de cuidados do enfermeiro não apenas como questão ética mas também como uma condição indispensável para a humanização dos cuidados. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na gestão da dor pediátrica pela sua relação de proximidade perante a criança e família. Ele tem ao seu alcance estratégias não farmacológicas, que são intervenções autónomas do enfermeiro, e são um recurso importante para o alívio da dor.

Com este estudo pretende-se analisar a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor, em contexto hospitalar. Faz-se um estudo descritivo, de natureza quantitativa recorrendo-se ao questionário. Optou-se por uma amostra não-probabilística de conveniência, constituída por 33 enfermeiros dos serviços de Pediatria, Unidade de Neonatologia e Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Os resultados obtidos indicam que os enfermeiros utilizam com frequência estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança. Utilizam frequentemente e sempre, a informação preparatória (48,5%), o toque terapêutico (36,4%), sucção não nutritiva (30,3%), a distração (30,3%), a massagem (36,4%), posicionamento (57,6%), a aplicação de calor ou frio (39,4%). A musicoterapia raramente é utilizada e o método canguru também é pouco utilizado. O posicionamento e a informação preparatória são as que se destacam quanto à sua utilização. São utilizadas sempre, estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos, na punção venosa (51,5%), terapêutica intramuscular (48,5%), realização de pensos e punção capilar (30,3%). Mas são raramente utilizadas na aspiração nasofaríngea e na entubação nasogástrica (42,4%) e na algaliação (36,4%).

Em termos gerais, grande parte dos enfermeiros raramente tem dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. No entanto, agrupando os casos em que os enfermeiros responderam regularmente, frequentemente e sempre, verifica-se que a maioria dos enfermeiros ainda tem dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas perante a recetividade por parte da criança e adolescente (54,6%) e na recetividade por parte dos pais ou substituto parental (51,5%). Os recursos materiais (54,5%) e a disponibilidade de tempo (57,6%) são também apontados como fatores que dificultam a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Considera-se importante o desenvolvimento de ações formativas para que haja maior conhecimento de todos os documentos que suportam a prática na área da dor, à medida que são produzidos, a sensibilização para pesquisas em plataformas científicas e o desenvolvimento de protocolos nos serviços.

Palavras - chave: estratégias não farmacológicas, enfermeiro, dor, criança

ABSTRACT

Nowadays pain control is indivisible from the nursing care practice, not only as an ethical issue, but also as an indispensable condition to humanising care. A nurse has a fundamental role in managing paediatric pain because of his close relationship with the child and his family. There are non-pharmacological strategies available, which are the nurse's autonomous interventions, and those are an important resource to relieve pain.

The aim of this study is to analyse the use of non-pharmacological strategies by nurses, in hospital environment. A descriptive study of a quantitative nature is done, using a questionnaire. A non-probabilistic sample was used, composed by 33 nurses of the Paediatric Department (internment), the Neonatology Unit and the Paediatrics Emergency from the Cova da Beira Hospital Centre.

The results obtained, indicate that nurses frequently use non-pharmacological strategies in relieving children's pain. The following strategies are used frequently /always: preparatory information (48,5%), therapeutic touch (36,4%), non-nutritional sucking (30,3%), distraction (30, 3%), massage (36,4%), positioning (57,6%), applying heat or cold (39,4%). Music therapy is rarely used and the kangaroo method is also scarcely used. Positioning and preparatory information are the ones which stand out in their use. Non-pharmacological strategies are always used before the execution of painful procedures, such as venepuncture (51,5%), intramuscular therapeutic (48,5%), cleaning and dressing wounds and lancing (30,3%). However, they are rarely used in nasopharyngeal aspiration and nasogastric intubation (42,4%) and indwelling catheters (36,4%).

In general, most of the nurses rarely have difficulties in using non-pharmacological strategies on pain control in children. However, grouping the cases in which nurses responded regularly, often and always, it is found that most nurses still have difficulties in the use of non-pharmacological strategies before the receptivity on the part of children and adolescents (54,6 %) and in receptivity on the part of parents or parental substitute (51,5%). Material resources (54,5 %) and time available (57,6 %) are also mentioned as factors that hinder the use of non-pharmacological strategies for managing pain.

It is considered important the development of training actions to allow a major knowledge of all the documents that support nursing practice in the field of pain as they are being produced, the sensitization to online researches and the development of protocols in the departments.

Key-words: non-pharmacological strategies, nurse, pain, child

SIGLAS

ANAES - *Agence Nationale d'Accreditation et d'évaluation en Santé*

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

DGS - Direção Geral de Saúde

EDIN - *Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EN - Escala Numérica

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FLACC-R - *Face;Legs; Activity; Cry;Consolability - Revised*

FPS-R - *Faces Pain Scale – Revised*

IASP - Associação Internacional para o Estudo da dor

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

N-PASS - *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PENPCD - Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor

PIPP - *Premature Infant Pain*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Operacionalização das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor.....	58
Quadro 2 – Operacionalização das características pessoais e profissionais dos enfermeiros	59
Quadro 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício na área de Saúde Infantil e Pediatria.....	67
Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional em cada serviço específico.....	68
Quadro 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo as ações de formação realizadas na instituição e fora da instituição.....	70
Quadro 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo a duração das ações de formação realizadas na instituição.....	71
Quadro 7 – Conhecimento de documentos relativos à avaliação e controlo da dor	72
Quadro 8 – Utilização de estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos.....	74
Quadro 9 – Utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança.....	76
Quadro 10 – Importância atribuída pelos enfermeiros aos critérios individuais na seleção das estratégias não farmacológicas.....	78
Quadro 11 – Dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança/adolescente.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	66
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros quanto ao género.....	66
Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros quanto ao serviço onde exercem funções	66
Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas e profissionais.....	69
Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo a formação específica na área da dor.....	69
Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo a integração no grupo da dor.....	70
Tabela 7 – Conhecimento relativamente às estratégias não farmacológicas no controlo da dor.....	71
Tabela 8 – Documentos que suportam a prática Profissional do enfermeiro (na avaliação e controlo da dor).....	73
Tabela 9 – Estratégias não farmacológicas em que tem obtido melhores resultados	77
Tabela 10 – Vivências do enfermeiro perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas.....	81
Tabela 11 – Respostas (observadas/verbalizadas) na criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas.....	82
Tabela 12 – Principais preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas.....	83
Tabela 13 – Ganhos em saúde obtidos pelo enfermeiro com a utilização de estratégias não farmacológicas.....	84

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1 – A DOR PEDIÁTRICA.....	25
1.1 – CONSIDERAÇÕES E CONCEITOS.....	25
1.2 – TIPOS DE DOR.....	27
1.3 – PERCEÇÃO DA DOR EM CADA FAIXA ETÁRIA.....	29
2 – A AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA.....	33
2.1 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	35
2.2 – FATORES QUE INFLUENCIAM A EXPERIÊNCIA DE DOR.....	37
3 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE A CRIANÇA COM DOR.....	41
3.1 – GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	42
3.2 – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA.....	44
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	51
1 – METODOLOGIA.....	53
1.1 – TEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	53
1.2 – TIPO DE ESTUDO.....	55
1.3 – VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	56
1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	60
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	61
1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	62
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	63
2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
2.1 – CARATERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	65
2.2 – UTILIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS AO CUIDAR DA CRIANÇA COM DOR.....	71
CONCLUSÃO.....	87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	101
ANEXO I - Autorização do CHCB para aplicação do estudo.....	103
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE I- Questionário.....	107
APÊNDICE II- Documentos que suportam a prática Profissional do enfermeiro (na avaliação e controlo da dor).....	111
APÊNDICE III- – Outras estratégias não farmacológicas utilizadas antes da realização de procedimentos dolorosos.....	113
APÊNDICE IV- Outras estratégias não farmacológicas utilizadas no alívio da dor na criança.....	115
APÊNDICE V- Estratégias não farmacológicas em que tem obtido melhores resultados.....	117
APÊNDICE VI- Vivências do enfermeiro perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas.....	119
APÊNDICE VII- Respostas (observadas/verbalizadas) na criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas.....	121
APÊNDICE VIII- Principais preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas.....	123
APÊNDICE IX- Ganhos em saúde obtidos pelo enfermeiro com a utilização de estratégias não farmacológicas.....	125

INTRODUÇÃO

A dor faz parte da existência humana e tem por isso um caráter universal. É uma experiência sensorial e emocional que acompanha cada indivíduo ao longo da sua vida e pode ser influenciada por fatores sociais e culturais. No conceito de dor está intrínseca uma grande subjetividade pois cada indivíduo tem uma percepção da dor marcada pela sua singularidade.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos” (IASP, 2008).

A dor é reconhecida como um fenómeno “complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência” (Batalha, 2010: 3).

A dor na criança, frequentemente desvalorizada no passado em virtude da imaturidade neurofisiológica do seu organismo, assume atualmente um especial relevo pelas particularidades que encerra, assistindo-se a uma valorização progressiva como tema de estudo científico, nos vários domínios da saúde humana. Em 1977, começa a ser dada uma maior relevância à dor em pediatria, quando se identificam diferenças no tratamento da dor na criança e no adulto, em condições semelhantes (Fernandes, 2000; Batalha, 2010). É, de facto, com o desenvolvimento de estudos científicos a partir da década de oitenta, que melhorou significativamente o conhecimento do fenómeno da dor (Batalha, 2006). Nas últimas décadas, tem havido um grande investimento na área da fisiopatologia, semiologia e terapêutica da dor, fundamental para o avanço do conhecimento. Como refere Lopes (2003: 1), “uma pesquisa bibliográfica na *Medline* demonstrou que nos últimos dez anos foram publicados mais de 110000 artigos sobre dor, o que representa mais de 40 novos artigos por cada dia de trabalho!” Neste sentido, também a (OE, 2008), refere que é crescente o interesse da comunidade científica por esta área, permitindo avanços na prevenção e tratamento da dor, que colocam novos desafios à prática de cuidados.

É reconhecido atualmente, que a criança sente dor. A dor, como doença ou sintoma, associada a procedimentos potencialmente dolorosos, é uma das causas de sofrimento na criança, interferindo não só, com o seu bem-estar mas também com o seu desenvolvimento. Ao cuidar a criança com dor, torna-se imperativo que os enfermeiros reconheçam e compreendam a dor, como aspetos importantes e prioritários para a sua prevenção e tratamento e consequentemente, para o alívio e redução do sofrimento. A abordagem à criança com dor, em contexto hospitalar é um tema atual. Engloba uma dimensão complexa e difícil de entender, devido à dificuldade que a criança mais pequena tem, em se expressar e ser compreendida. Têm

surgido vários estudos, com o objetivo de consciencializar os enfermeiros e outros profissionais de saúde no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Batalha, 2010). No entanto, alguns estudos desenvolvidos entre 2000 e 2010 em hospitais pediátricos, com crianças entre os 0 e 18 anos, ainda sugerem que a prevalência de dor durante a hospitalização permanece elevada (Fernandes, Pais e Campos, 2013). Embora o conhecimento sobre dor e o seu tratamento nos diferentes estádios de desenvolvimento pediátrico tenha evoluído, a dor na criança no contexto clínico atual, ainda é insuficientemente tratada (OE, 2013).

O controlo da dor é um direito humano universal não apenas por razões éticas, mas também, pelo carácter nefasto subjacente ao processo doloroso. É um direito humano e um dever dos profissionais de saúde. Dada a importância atribuída à dor, várias entidades de reconhecida idoneidade têm divulgado recomendações nacionais e internacionais, dirigidas aos profissionais de saúde, no sentido de uma abordagem consistente e eficaz da dor. Considerando a valorização da dor e a necessidade do seu controlo de forma eficaz, a Direção Geral de Saúde publicou a circular normativa de 14 de junho de 2003, que institui a dor como 5º sinal vital, sendo a avaliação da intensidade da dor e registo regular, de carácter obrigatório pelos profissionais de saúde, promovendo uma prática profissional organizada e sistematizada (DGS, 2003). Em 2008 é implementado o Programa Nacional de Controlo da Dor, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que difunde orientações gerais para o controlo da dor (OE, 2013). Neste sentido, a DGS (Direção Geral de Saúde) tem emitido várias orientações técnicas sobre a avaliação e o controlo da dor para a área pediátrica, em diferentes contextos e diferentes idades.

Ao reconhecer o inadequado controlo da dor, a Ordem dos Enfermeiros publica em 2008 o Guia Orientador de Boa Prática para a Dor, onde também ele faz referência ao papel do enfermeiro na promoção e intervenção no controlo da dor, no sentido de uma prática orientada e sistemática que contribua para a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2008).

Partindo do pressuposto de que a dor é uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional, para a sua avaliação, prevenção e tratamento são necessárias competências multidisciplinares em que os enfermeiros têm um papel relevante. Neste sentido, cabe ao enfermeiro o eficiente controlo da dor recorrendo a estratégias farmacológicas, como intervenções interdependentes e a estratégias não farmacológicas, como intervenções autónomas.

Tendo um carácter individual e subjetivo, a forma como é classificada e vivenciada a dor de cada um, é única, pressupondo por isso, uma intervenção individualizada. Dada a especificidade do cuidar crianças e adolescentes e para dar resposta ao fenómeno dor, é necessária uma abordagem mais abrangente para a prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, o tratamento e controlo da dor não passam apenas pelo recurso a fármacos analgésicos e

ao conhecimento dos seus critérios de administração, mas também a intervenções não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança são diversas, e a importância do seu recurso deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor, pelo que a sua utilidade é reconhecida, quer isoladas ou em complementaridade (OE, 2013).

Face ao exposto, optou-se como título deste estudo: *estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor*. Apresenta-se como uma área de particular interesse, para a Enfermagem Pediátrica e para o investigador, tornando-se pertinente conhecer melhor a realidade do seu contexto profissional. Como refere Batalha (2010: 121), a concretização de estudos na área da dor “para além de dar visibilidade ao problema da dor permite caracterizá-lo”.

Sendo a gestão diferenciada da dor uma das competências do enfermeiro especialista na área de Saúde Infantil e Pediatria, o recurso a técnicas não farmacológicas de forma sistemática (como intervenções autónomas do enfermeiro sendo da sua responsabilidade a prescrição, execução e avaliação) permite uma melhoria dos cuidados em saúde e conseqüentemente, um reconhecimento do papel do enfermeiro.

Neste sentido, pretende-se responder às seguintes questões:

- Quais as principais estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro, ao cuidar da criança com dor?

- Quais as dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor?

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor, em contexto hospitalar.

Foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor.

- Identificar as dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor.

Com a concretização deste estudo e para a consecução dos objetivos traçados optou-se por um estudo descritivo, utilizando uma metodologia essencialmente quantitativa e análise de conteúdo das questões abertas. Os dados foram colhidos através da aplicação do questionário junto duma amostra constituída por 33 enfermeiros dos serviços de Pediatria (internamento), Urgência Pediátrica e Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, sendo a primeira referente ao enquadramento teórico elaborado através de pesquisa bibliográfica onde é feita uma abordagem

sobre a dor pediátrica: considerações e conceitos, a avaliação da dor em pediatria e a intervenção do enfermeiro perante a criança com dor. A fundamentação teórica irá servir de suporte para a realização deste estudo, no sentido de dar resposta às questões formuladas e possibilitar a interpretação dos dados e discussão dos resultados.

Na segunda parte, a abordagem é referente ao estudo empírico que se reporta à metodologia onde são apresentadas as fases e processos metodológicos como o tema e questões de investigação, tipo de estudo, variáveis do estudo e sua operacionalização, instrumento de colheita de dados, população e amostra, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico. É ainda apresentada a análise e discussão dos resultados.

Por último, a conclusão onde são apresentados os principais resultados assim como, as suas implicações.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – A DOR PEDIÁTRICA

2 – A AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

**3 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE A CRIANÇA COM
DOR**

1 – A DOR PEDIÁTRICA

O problema da dor constitui a razão de ser da medicina, como ciência que trata de conhecer e aliviar o sofrimento humano pelo que o desenvolvimento científico tem permitido um conhecimento mais aprofundado do fenómeno, dor.

A dor é reconhecida, como um fenómeno Universal e multidimensional composta por uma componente fisiológica e psicológica podendo ser influenciada por diversos fatores fisiológicos, afetivos, sensoriais, cognitivos, comportamentais e socioculturais que contribuem para o seu carácter subjetivo (Linhares e Doca, 2010; Batalha, 2010).

A experiência dolorosa pode ter início precoce na vida de cada indivíduo e sendo uma experiência individual e subjetiva, interfere de várias formas na construção psicológica e social de cada pessoa (Guerreiro e Curado, 2012). Pode ser um sintoma da doença ou ser ela própria a doença.

1.1 – CONSIDERAÇÕES E CONCEITOS

A dor tem sido alvo de várias definições e conceitos por diversos autores. A dor é definida como “uma realidade um tanto abstrata, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas” (Diniz, Calado e Almeida, 2001: 5) sendo sentida e vivida por cada indivíduo de forma única e inigualável, o que lhe confere um carácter subjetivo. Para Atkinson e Murray (1989: 476), a dor é identificada como um conceito que envolve uma “sensação pessoal e particular de sofrimento físico, um estímulo nocivo que indica lesão ou dano tecidual atual ou eminente, um padrão de respostas que atuam para proteger o organismo contra o dano”. Mc Caffery (1972) citado por Twycross (2009), defende que não existe uma definição precisa de dor sendo aquilo que a pessoa diz que é, existindo onde a pessoa diz que existe, demonstrando já o carácter subjetivo e individual da dor.

A *Associação Internacional para o Estudo da Dor* define a dor como “uma sensação ou experiência emocional desagradável causada por um dano tecidual real ou potencial e descrita em termos de tal dano” (IASP, 2011).

A maior parte dos conceitos referem que a dor possui duas componentes, fisiológica e emocional. Esta traduz-se num estímulo ou sensação desagradável e numa experiência pessoal, subjetiva e sensorial. Pode ter a ver com a perceção individual quer a nível biológico, psicológico, ambiental e cultural assim como, com as experiências anteriormente vivenciadas (Batalha, 2003: 2010).

No entanto, existem algumas lacunas nesta definição. Ela tem implícito o autorrelato o que condiciona a sua aplicação a toda a população. Torna-se, assim, problemática quando considerada a área pediátrica, não só pela ausência de comunicação verbal mas também pela diferença existente nos níveis cognitivos na criança, tornando-as incapazes de expressar a sensação dolorosa, até mesmo por não terem experiências prévias desses eventos (Barros, 2003; Lemos e Ambiel, 2010; Silva, Pinto, Gomes e Barbosa, 2011). De acordo com a IASP (2001) citada por Twycross (2009), a incapacidade de se comunicar de forma alguma, nega a possibilidade de que um indivíduo sente dor e tem necessidade de um tratamento adequado para o alívio da mesma. No entanto, apesar da definição da IASP de 2011 referida anteriormente, não evidenciar de forma clara a capacidade de autorrelato, é atualmente consensual e aceite, a proposta de Anand e Craig de que esta definição seja alargada a todos os que não verbalizam, como os recém-nascidos, sendo as suas respostas não-verbais reconhecidas como formas de autorrelato e de expressão de dor (Fernandes, 2007). Outro aspeto alvo de crítica, deve-se ao facto da definição clássica de dor considerar a aprendizagem como um fator essencial na perceção da dor. No entanto, a sua perceção é inata, pelo que qualquer dano ou lesão dos tecidos é tão dolorosa como as experiências seguintes (Fernandes, 2007; Batalha, 2010). Não existe uma definição satisfatória devido a aspetos que a podem dificultar ou influenciar, como a sua singularidade e multiplicidade de experiências dolorosas.

Em Portugal, a dor foi instituída como 5º sinal vital em 2003 e definida como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” e que “associa-se (...) a uma lesão tecidual concreta ou potencial” (DGS, 2003: 3). Em 2010, a dor é referida pela mesma entidade como “uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos”. A dor “acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2010: 4).

Embora a dor na criança tenha sido subestimada durante muito tempo, tem-se assistido a uma valorização progressiva nos últimos anos. Uma das ideias incorretas acerca da dor deve-se ao facto de se pensar que o sistema nervoso da criança estaria imaturo, logo a dor não seria sentida pela criança com a mesma intensidade do adulto. Por outro lado, existe ainda a noção de que a criança não tem memória da dor, uma vez que esta provoca desconforto. Assim, quando a dor termina pensa-se que o desconforto termina também. No entanto, é reconhecido atualmente que as vias anatómicas para a transmissão da dor são desenvolvidas durante a vida fetal e nos primeiros meses de vida pelo que os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para a perceção da dor. Contudo, a sua capacidade para modular a dor encontra-se limitada devido aos seus mecanismos inibitórios prematuros, levando a que esta seja percebida com maior

intensidade do que nos adultos (Crescêncio, Zanelato e Leventhal, 2009; Batalha, 2010). Não restam dúvidas quanto à capacidade neurológica das crianças para perceber a dor à nascença, incluindo os prematuros. A intensidade da dor é maior, quanto mais pequena é a criança. Esta sofre a sua dor, ainda que, as suas capacidades para o exprimir sejam limitadas. Cada criança possui uma percepção da dor de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo e emocional e que confere a cada uma, características individuais específicas. Apesar da imaturidade da criança e da dificuldade em transmitir a intensidade e a qualidade da sua experiência dolorosa, há que ponderar as atribuições que esta dá à sua dor, tendo presente que não há melhor perito do que a própria criança (Batalha, 2010).

As experiências dolorosas são parte da vida de cada criança (Mc Grath e Hillier, 2003 citado por Twycross, 2009). A dor tem um propósito importante servindo como um aviso ou mecanismo de proteção. No entanto, cumprida esta função de aviso a dor não tem qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. A dor não tratada tem uma série de consequências físicas e psicológicas indesejáveis.

A dor é uma realidade na criança em contexto hospitalar. A dor na criança internada pode estar associada quer à doença, ao tratamento ou aos procedimentos sendo potencializada pelo medo, ansiedade e incertezas. Neste contexto, a criança deve ser tratada e avaliada considerando não apenas a sua faixa etária mas também o seu desenvolvimento cognitivo utilizando instrumentos adequados, tendo igualmente presente o tipo de dor (Silva et al, 2011).

1.2 - TIPOS DE DOR

A dor pode distinguir-se em dois tipos de acordo com a sua evolução temporal com características e abordagens clínicas diferentes: a dor aguda e a dor crónica.

A dor aguda relaciona-se temporalmente com uma lesão e desaparece com a cura da própria lesão ou seja, reage ao estímulo doloroso e termina com a remoção do mesmo (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002; Linhares e Doca, 2010). É um sintoma que tem como finalidade a preservação da integridade do organismo. Para além da função de alerta biológico tem uma duração inferior a três meses (Batalha, 2010).

A dor crónica é a dor que resulta de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos. Pode evoluir de modo persistente no decurso de uma doença de base, ou de forma recorrente, caracterizada por surtos, com duração, intensidade e frequência variados, separados por períodos assintomáticos (Metzger et al 2002; Linhares e Doca, 2010). A dor

crónica persiste por mais de três meses ou mesmo para além do processo de cura normal. Deixa de ser um sinal de alarme, para passar a ser uma doença em si, já que condiciona a capacidade daquele que a sente. Como refere Batalha (2010: 5), a dor crónica é uma “entidade médica de longa duração (três ou mais meses) sem função biológica e que persiste depois de cumprir uma função necessária, não sendo um sintoma de doença ou ferimento, mas uma verdadeira doença que gera debilidade e causa depressão profunda”. A divisão entre dor aguda e crónica tem a sua utilidade clínica. A dor aguda está relacionada com um excesso de nociceção e acompanha geralmente distúrbios agudos, estando associada a traumatismo tecidual ou inflamação, causados por cirurgia, queimaduras, fraturas, procedimentos de diagnóstico e terapêutica ou outras doenças ou traumatismos. A dor crónica pode ser causada na ausência de estímulo nocivo tendo os fatores psicológicos, comportamentais, afetivos e socioculturais um papel determinante. A dor aguda é uma dor previsível que desaparece quando tratada e pode estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo sendo, frequentemente, acompanhada de ansiedade e medo (Batalha, 2010).

Embora em determinadas circunstâncias, a dor aguda seja útil, esta deve ser combatida para não perdurar, de forma a não tornar-se em dor crónica. A dor aguda, sendo a mais frequente, pode ser causada por lesão, acidente ou associada ao pós-operatório e procedimentos de diagnóstico e tratamento. Em situações como cirurgias ou procedimentos invasivos, a dor raramente tem utilidade, podendo até ser deletéria (IASP, 2011).

Tem vindo a ser feita maior referência à dor aguda, por ser a entidade mais frequente na infância, não tanto pela doença, mas sobretudo pelas experiências dolorosas a que a criança é submetida inúmeras vezes, em contexto hospitalar, por atos de diagnóstico e terapêutica, essenciais para a manutenção da sua vida. Num estudo realizado por Sallum, Garcia e Sanches (2012) é referido que as repercussões da dor aguda no recém-nascido estão associadas a alterações neurovegetativas. Outros estudos indicam ainda, que no período neonatal, estímulos repetidos têm consequências negativas como o aumento da mortalidade e sequelas no desenvolvimento neurológico. Noutras fases da vida, pode existir na criança uma somatização anormal face à dor através de distúrbios comportamentais e de aprendizagem (Medeiros e Madeira, 2006; Maia e Coutinho, 2011).

Numa situação dolorosa, o organismo apresenta respostas fisiológicas e comportamentais, ativadas como um sistema de alarme que funcionam não apenas como proteção, mas também como um papel adaptativo do mesmo (Linhares e Doca, 2010).

1.3 – PERCEÇÃO DA DOR EM CADA FAIXA ETÁRIA

A dor deve ser encarada como um fenómeno global que se traduz numa sensação desagradável, que só poderá ser descrita por quem a experiencia. É considerada uma experiência perceptiva complexa, e deve ser encarada mediante uma perspectiva holística (Pereira e Coelho, 2002; Batalha, 2010).

A dor neonatal é uma realidade e uma preocupação recente uma vez que, até à década de oitenta, se considerava que o recém-nascido era incapaz de sentir dor, devido à imaturidade do seu sistema nervoso. Contudo, as evidências científicas têm vindo a demonstrar o contrário. No recém-nascido, as respostas aos estímulos dolorosos incluem indicadores fisiológicos, comportamentais e hormonais que possibilitam informação importante, de forma objetiva e quantificável acerca da intensidade, localização e duração do estímulo doloroso. Embora estas não sejam respostas específicas de dor, podem ser usadas juntamente com outros indicadores contextuais para justificar a existência de dor (Medeiros e Madeira, 2006). Ao longo do internamento, os procedimentos invasivos no recém-nascido são inúmeros como colheitas de sangue, punção do calcanhar, entubação, aspiração entre outros, essenciais para o diagnóstico e tratamento. No entanto, a dor pode ser provocada não só por estes procedimentos mas também por procedimentos não invasivos como a manipulação excessiva, posições desconfortáveis e toques bruscos (Santos, Silva, Santana e Matos, 2012).

No recém-nascido, os indicadores de dor são a expressão facial e corporal, sinais físicos e modificações no seu comportamento. As respostas fisiológicas associadas à dor são a cianose, palidez, hipoxia, polipneia, bradicardia ou taquicardia e hipertensão arterial. O lactente entre os três e os seis meses tem capacidade de memorizar a experiência dolorosa. Nesta faixa etária, as respostas à dor são o choro, a expressão facial como os olhos fechados e sobrancelhas elevadas, abertura das fossas nasais e protusão da língua, a expressão corporal como a agitação, flexão dos membros e hipertonía, alterações comportamentais, do sono, irritabilidade e sinais físicos como polipneia, taquicardia e hipertensão arterial (Hockenberry e Wilson, 2011; Batalha, 2010). Num estudo realizado por Noel, Chambers, Mc Murtry e McGrath (2010) é realçada a importância da gestão eficaz da dor durante os procedimentos dolorosos, para evitar os efeitos negativos a longo prazo. Nele, é referido, que as memórias infantis das experiências dolorosas são tão importantes para a saúde da criança como a própria experiência direta de dor. A forma como as crianças se lembram dos procedimentos dolorosos afeta a sua experiência de dor e sofrimento durante os procedimentos subsequentes.

A compreensão da dor pela criança e a capacidade para a descrever, estão relacionadas não só com a idade, mas com o seu desenvolvimento cognitivo. As reações da criança à dor

mediante a realização de qualquer tipo de procedimento doloroso são as mais variadas, dependendo também da criança em questão. No entanto, é possível encontrarmos algumas regularidades nos seus comportamentos perante procedimentos dolorosos (Barros, 2003).

A criança de dois ou três anos manifestará de forma mais ou menos expansiva o seu medo, com resistência física acentuada. Por sua vez, a criança em idade escolar, aprendeu a usar a palavra como meio de controlar as suas reações à dor. Assim, será capaz de controlar melhor o seu comportamento e postura, mas não as lágrimas. O adolescente mostrará toda a sua calma e indiferença. A criança nesta faixa etária já é capaz de expressar verbalmente não só a localização da dor mas também diferenciar a sua intensidade, sendo a sua resposta à dor feita através de esquemas conhecidos (Fernandes, 2000). Aos sete anos de idade, a criança desenvolve o pensamento operacional concreto pelo que, alguns dos comportamentos como o choro ou gritos tendem a diminuir. Aos oito anos, a criança consegue utilizar um vocabulário mais diversificado. Algumas crianças pedem aos enfermeiros para falarem com elas durante a realização do procedimento, uns preferem participar enquanto outros optam por distanciar-se ou desviar o olhar do que está a acontecer. Se algumas crianças reagem de forma a ganhar mais tempo, tentando atrasar o procedimento, a maioria agradece uma explicação acerca do mesmo parecendo menos receosas quando têm conhecimento do que se irá passar (Whaley e Wong, 2006). A informação é de facto um direito das crianças e uma obrigação por parte dos profissionais de saúde (Batalha, 2010). A informação preparatória é uma técnica usada com frequência em ambiente hospitalar pois permite à criança desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer. Por sua vez, há uma redução quer da ansiedade quer do medo permitindo à criança um maior autocontrolo, facilitando a utilização dos mecanismos de *coping*.

Cordeiro, Carvalho e Veiga (2001), salientam que a criança em idade escolar (com nove ou dez anos), consegue explicar a causa da dor, o seu significado e intensidade. Assim, quando a dor é aguda e de intensidade média ou fraca, a criança tem uma resposta de grande intensidade emocional. Poderá ter comportamentos como chorar, gritar, barafustar, agredir e tentar fugir ao estímulo doloroso. No entanto, se a dor for muito intensa ou duradoira a criança fica estranhamente calma, permanecendo imóvel e sem tomar iniciativas motoras. Apresenta rigidez muscular, olhos fechados, membros contraídos, dentes cerrados e os gestos diminuem tornando-se lentos e segmentares. A sua face torna-se inexpressiva e, por vezes, com uma conotação triste. A criança pode demonstrar desinteresse por aquilo que a rodeia, não explorando os brinquedos e até mesmo, desviando o olhar de quem se aproxima dela. Ainda que a criança com nove ou dez anos de idade demonstre geralmente pouco medo ou resistência à dor, pois já aprendeu mecanismos para lidar com ela, raramente solicita, pede ajuda ou acompanhamento durante a realização de um procedimento, nem inicia voluntariamente uma conversa acerca daquilo que

sente ou deseja. Apesar de não o demonstrarem, estas crianças apresentam níveis de ansiedade elevados que tentam reprimir. É extremamente importante estar atento a sinais não-verbais, como uma expressão facial séria, o silêncio, a falta de atividade ou o isolamento social. Embora a hospitalização possa ser um processo causador de stresse para a criança, também pode ser encarada como uma experiência maturativa, em que a criança tem oportunidade de dominar o stresse e de se sentir competente na luta contra uma situação adversa. Além disso, pode oferecer novas experiências de socialização, ampliando as suas relações interpessoais (Whaley e Wong, 2006).

Os comportamentos verificados entre crianças e adolescentes são habitualmente muito diversificados podendo incluir rigidez, imobilidade, posição fetal, proteger ou tocar na área dolorosa e fechar os punhos. Geralmente, os adolescentes encaram a doença como uma alteração interna e a sua ideia sobre a fisiologia normal e mecanismos da doença, podem não ter a ver com a realidade. A dor é associada à sua condição e tendem a considerá-la relativamente às suas implicações nos seus objetivos de vida e atividades diárias. Assim sendo, isto conduz ao desinteresse por atividades antes desempenhadas e a fantasias relacionadas com a natureza das alterações que desencadeiam as suas dores. Um aspeto importante refere-se à difícil avaliação da expressão facial, devido à aprendizagem social sobre a aceitação do comportamento doloroso (Batalha, 2010).

2 - A AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

Avaliar e medir a dor são dois conceitos diferentes, que importa esclarecer. Segundo Price (1995) citado por Batalha (2003) avaliar a dor é um termo mais abrangente que implica descobrir a natureza e o significado da experiência dolorosa ou seja, o tipo de estímulos que a provocam, os fatores agravantes, as respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais à dor, estratégias de *coping*, tipos de dor, duração, localização e sua intensidade mas sobretudo, o que é referido pela criança e pais. Medir a dor refere-se apenas à sua dimensão sensorial. É a descrição quantificada da dor através de uma determinada escala, relacionada com a sua intensidade e respostas comportamentais.

A avaliação da dor pelos profissionais de saúde é fundamental para o seu controlo. Contudo, não é considerada uma tarefa fácil dada a subjetividade para quem sofre e para quem a avalia. A identificação de um estado doloroso nas crianças com capacidade de comunicação verbal não parece ser um problema, no entanto, na criança pré-verbal só é possível recorrendo a medidas fisiológicas e comportamentais, tornando-a dependente e vulnerável de quem dela cuida (Batalha, 2010). A capacidade das crianças para descrever dor vai mudando à medida que estas crescem e de acordo com a sua capacidade cognitiva e linguística. As crianças em idade escolar e os adolescentes têm capacidade para entender os conceitos de intensidade e qualidade assim como, a localização da dor (Noel *et al*, 2010). Para medir a dor nas crianças foram desenvolvidas três tipos de medidas, nomeadamente comportamental, fisiológica e autorrelato (Hockenberry e Wilson, 2011).

A dor, sendo uma experiência subjetiva, pode ser relatada, assim como, o organismo, pode emitir sinais objetivos de alteração fisiológica e comportamental (Linhares e Doca, 2010).

A avaliação da dor, baseia-se em critérios precisos, que fazem parte de um processo bem estruturado e do conhecimento de toda a equipa para que cada um dos elementos o possa reproduzir, isto é, os instrumentos de avaliação a utilizar deverão ser escolhidos por uma equipa multidisciplinar, que deverá ter em conta a idade e as patologias das crianças (Metzger *et al* 2002). A avaliação da dor deve ser um processo contínuo e os métodos utilizados deverão permitir a avaliação precisa das intervenções, pelo que as estratégias utilizadas na avaliação devem ser aplicadas regularmente e ser sensíveis de forma a permitir, a medida do resultado do tratamento. “A qualidade da avaliação da dor, depende da riqueza de informações obtidas junto do doente” (Metzger *et al*, 2002: 161).

Avaliar a dor de forma objetiva é um processo difícil uma vez que cada um percebe, descreve e relata a dor de forma diferente. A complexidade do fenómeno doloroso pela sua natureza subjetiva e carácter multidimensional, torna a sua avaliação num obstáculo nas

crianças. Em pediatria, algumas das dificuldades inerentes ao processo de avaliação da dor estão relacionadas com a idade cronológica, o estágio de desenvolvimento da criança, principalmente o desenvolvimento cognitivo, as suas experiências anteriores, os aspetos culturais, o ambiente familiar, os mitos e atitudes quando se diz, isto não dói, os procedimentos a realizar, o tipo de lesão que criança apresenta, entre outros. Outra das dificuldades na avaliação da intensidade da dor pelo enfermeiro, está relacionada com o facto do resultado da avaliação ser divergente do comportamento da criança (Batalha, 2010).

De todas as atividades associadas à dor, a avaliação é reconhecida pelos enfermeiros, como a mais difícil de realizar, embora considerem saber quando a criança tem ou não tem dor (Fernandes, 2000). A dificuldade na avaliação da dor na criança “é inversamente proporcional à idade” pelo que a criança maior é capaz de expressar verbalmente a sua experiência dolorosa, até mesmo quantificá-la. No entanto, na criança mais pequena, “a avaliação depende de uma observação atenta e sensível de quem lhe presta cuidados” (Pimentel, 2001: 30).

Sendo a dor um fenómeno complexo, pressupõe que o seu tratamento seja individualizado e realizado por uma equipa multidisciplinar, na qual se inclui a criança e a sua família. Avaliar a dor significa descobrir a sua natureza e o seu significado (os estímulos que a provocam) bem como, os fatores agravantes e de alívio, repercussões na vida diária, respostas à dor, o tipo, duração, localização e intensidade da mesma. Este conjunto de informações são extremamente úteis, pois permitem identificar e quantificar a dor, formular diagnósticos e planear os cuidados, o que se denomina, história da dor. Para avaliar a dor é necessário questionar a criança e/ou pais, sobre a presença de dor, pesquisar sinais comportamentais e fisiológicos de dor, conhecer os hábitos de vida e a sua história de dor. Além desta abordagem, podem pôr-se em prática métodos de avaliação da dor, ou seja, a autoavaliação (através do relato da criança/pais) e a heteroavaliação (através da observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais) assim como, de entrevista e do uso de escalas de avaliação da dor. Uma avaliação da dor, precisa e correta, deve ser feita antes de qualquer intervenção ou procedimento doloroso. A experiência dolorosa tem aspetos afetivos, emocionais, comportamentais, sensoriais, cognitivos e psicológicos que vão interferir na interpretação da sua intensidade. Assim, durante a avaliação da dor deve diferenciar-se a dor, a ansiedade e o medo, que por vezes a criança não distingue e desta forma, altera a sua resposta. Saber quantificar a dor na criança é fundamental para o seu correto tratamento. Daí, a sua quantificação ser considerada cientificamente correta quando é feita através de escalas que se encontram validadas para o efeito, onde vários indicadores de dor que delas fazem parte, permitem uma avaliação mais segura (Batalha, 2010).

2.1 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

O conhecimento adquirido nas formas de medição e avaliação da dor tem sido um dos avanços mais importantes no estudo e tratamento da dor. Para se efetuar uma avaliação correta da dor numa base quantitativa, têm sido criados alguns instrumentos de medição ou escalas. Embora não exista uma escala universal, existem instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis para todos os grupos etários e situação clínica. Os instrumentos de avaliação a usar devem ser adequados à idade e estágio de desenvolvimento da criança, bem como, à sua situação clínica (Batalha, 2010; Hockenberry e Wilson, 2014).

As escalas de avaliação da dor podem distinguir-se de acordo com o método utilizado: autoavaliação (a criança descreve a sua dor) e heteroavaliação (observação de indicadores comportamentais e fisiológicos ou ambos) podendo ser realizados pelos enfermeiros, pais ou outros. A autoavaliação valoriza a percepção da criança que vivencia a dor. Este método deve ser preferencialmente escolhido desde que a criança reúna as condições (idade e desenvolvimento cognitivo) (Batalha, 2010).

A autoavaliação é considerada um método seguro e confiável se utilizado em crianças a partir dos quatro anos (Whaley e Wong, 2006; Batalha, 2010; Hockenberry e Wilson, 2011). Apesar de não ser ainda possível determinar com exatidão, o limite de idade a partir do qual a autoavaliação se pode considerar válida, é importante referir, que embora as crianças não possuam habilidades cognitivas que lhes permitam quantificar fenómenos abstratos como os adultos, para algumas a autoavaliação é um método possível com menos de três anos sendo para outras impossível depois dos seis (Batalha, 2010). No entanto, a idade para a qual se recomenda a autoavaliação é a partir dos quatro anos (DGS, 2010).

A avaliação da dor em crianças é um dos problemas mais complexos que os profissionais enfrentam, não apenas pela sua natureza subjetiva mas associado também ao seu desenvolvimento cognitivo e linguístico. O autorrelato, as reações comportamentais e respostas fisiológicas são as três medidas fundamentais para avaliar a dor na criança (Linhares e Doca, 2010; Hockenberry e Wilson, 2014). Contudo, deve ser privilegiado o autorrelato como indicador mais confiável da intensidade da dor em pediatria desde que seja compreensível pela criança (OE, 2008). Isto só é possível nas crianças com habilidades cognitivas e de comunicação pois nas crianças pré-verbais ou que apresentem défice cognitivo ou físico, a alternativa baseia-se na observação dos comportamentos ou nas respostas fisiológicas.

A heteroavaliação é utilizada quando a criança não é capaz de se autoavaliar podendo ser feita pelo enfermeiro, médico ou por outra pessoa que use escalas comportamentais ou compostas para observar a criança. A avaliação comportamental é útil para medir a dor no

recém-nascido e criança incapazes de comunicar que têm dor, ou em crianças com deficiência que, de alguma forma, se encontram limitadas na sua capacidade de comunicar. O comportamento transmite informação importante que não pode ser obtida pelo autorrelato. (Hockenberry e Wilson, 2014). No entanto, na utilização deste método é importante observar e avaliar com rigor, já que podem ocorrer distorções na avaliação pela dificuldade em diferenciar comportamentos causados por outros motivos que não a dor como sejam a agitação, stresse, medo ou outros (DGS, 2010; Batalha, 2010).

Vários instrumentos de avaliação da dor pediátrica foram validados e são utilizados com frequência, estando definidos pela DGS (2010) o tipo de escala a utilizar de acordo com a idade e ordem de prioridade.

Na avaliação da dor no recém-nascido utilizam-se geralmente escalas compostas de observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, podendo ser utilizadas quer pelos profissionais de saúde quer pelos pais. Dentro destas, podemos incluir a *Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN) com indicadores comportamentais relevantes para a avaliação da dor dos recém-nascidos (prematuros e de termo). A *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) que é simples e fácil de usar, no recém-nascido de 24 ou mais semanas, contudo não pode ser usada em recém-nascidos entubados. A *Premature Infant Pain* (PIPP) que pode ser útil na avaliação de procedimentos. No entanto, esta escala apresenta algumas dificuldades na sua implementação pelo facto de conter muitos indicadores, sendo morosa e pouco prática para a utilização frequente. A *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS) geralmente utilizada em recém-nascidos em ventilação assistida (DGS, 2010; Batalha, 2010).

Nas crianças com menos de quatro anos (dos dois meses aos sete anos) ou sem capacidade para verbalizar é recomendada a escala de dor FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*). Esta escala permite medir a dor quantificando cinco categorias de comportamentos associados à dor cuja pontuação varia de 0 a 10. A escala FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*) foi validada e revista para incluir comportamentos específicos de crianças com multideficiência podendo ser usada em crianças com menos de dois meses e com deficiência até aos vinte e um anos (DGS, 2010; Hockenberry e Wilson, 2014). O facto de permitir medir a dor numa escala de 0 a 10 pontos facilita a comparação com as escalas de autoavaliação. Tem como vantagens, rapidez na sua aplicação, facilidade de memorização pelo enfermeiro e ser válida para ser utilizada em vários tipos e contextos de dor, abrangendo todo o grupo etário pediátrico (Batalha, 2010).

Outros instrumentos de avaliação da dor que podem ser utilizados na criança entre os 4 e os 6 anos é a escala FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) válida a partir dos quatro anos assim como a escala de faces de *Wong-Baker*, válida a partir dos três anos (DGS, 2010). A última,

apresenta representações ilustradas com gravuras de faces em que são descritos os vários graus. A maioria das crianças entre os quatro e os sete anos prefere usá-la provavelmente por ser concreta e de fácil compreensão. No entanto, o facto de conterem faces sorridentes e com lágrimas poderão levar a criança a avaliar o seu estado emocional e não sensorial, sendo este último o que verdadeiramente interessa na avaliação da dor. Outro aspeto que pode induzir a criança a avaliar o seu estado emocional está relacionado, com o facto de a maioria destas escalas conterem uma face sorridente, que indica ausência de dor e uma face neutra, que indica dor (Batalha, 2010).

Para mensuração da intensidade da dor na criança a partir dos seis anos existem escalas validadas a nível internacional, designadamente a Escala Visual Analógica (EVA), convertida em escala numérica para efeitos de registo, a Escala Numérica (EN) e a Escala das Faces *Wong-Baker* (DGS, 2010). A EVA mede a intensidade da dor numa escala, no verso, de zero a dez centímetros ou de zero a cem milímetros. Segundo ANAES (2000) citado por Batalha (2006), a EVA é o instrumento de autoavaliação de referência na criança a partir dos seis anos. É considerada o instrumento de referência, sem que a sua validade tenha sido colocada em causa. Embora seja de fácil aplicação existem algumas dificuldades: o facto de, quando as crianças se encontram com dor muito intensa se recusarem a ser avaliadas; a dor na criança poderá ser sobrevalorizada pela ansiedade (no entanto, existem escalas que permitem avaliar especificamente a ansiedade) e o facto de certas crianças minimizarem a sua dor pelo medo do contacto com estanhos, receio de incomodarem os pais, mostrarem que são corajosos ou evitarem injetáveis (Whaley e Wong, 2006). A escala numérica (EN) e visual analógica (EVA) podem ser, igualmente utilizadas no adolescente.

Os instrumentos de avaliação da dor abordados são recomendados pela DGS (2010) de acordo com as várias idades pediátricas. No entanto, segundo a mesma entidade, outros poderão ser utilizados desde que sejam fiáveis, válidos, específicos e com utilidade clínica.

Uma avaliação correta da dor passa não só pelo recurso do enfermeiro a instrumentos de avaliação da dor mas pela sua sensibilidade, treino e conhecimento acerca dos mesmos para a tomada de decisão no controlo da dor.

2.2 – FATORES QUE INFLUENCIAM A EXPERIÊNCIA DE DOR

Cada pessoa possui uma singularidade própria relativamente à percepção, resposta, avaliação e tratamento da dor. Estes poderão ser modificados por vários fatores (biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais) que podem influenciar a experiência da dor na criança. Os métodos existentes para avaliar a dor pediátrica não contemplam todos os aspetos

contextuais que influenciam a experiência dolorosa pelo que os profissionais de saúde devem estar atentos a estes fatores, na medida em que podem influenciar a percepção da dor.

Quanto aos fatores biológicos, pouco se sabe acerca dos genes que são responsáveis pela percepção da dor. Contudo, o facto de cada indivíduo possuir uma identidade genética diferente, também revela diferenças quanto ao tipo e quantidade de neurotransmissores e recetores da dor, o que significa que a expressão da dor possa ser causada por traços genéticos e não apenas fatores psicológicos. A resposta à dor é diferente relativamente ao género, atribuindo as raparigas níveis mais elevados à sensação de desagrado da dor do que os rapazes, pela dificuldade que estes têm em exprimir as suas emoções relacionadas com a dor. A idade é outro dos fatores que influenciam a percepção da dor pelo que as crianças mais pequenas, devido às suas características anátomo-fisiológicas, apresentam uma maior sensibilidade à dor relativamente ao adulto (Batalha, 2010). No entanto, quanto mais pequena for a criança, menos influenciado será o seu comportamento pelo meio exterior e menor será o impacto da dor e da doença (Fernandes, 2000).

Os fatores psicológicos também interferem na percepção da dor. O significado atribuído à dor tem influência na sua percepção. O tipo de personalidade da criança relaciona-se com as suas respostas à dor, uma vez que as crianças com temperamento difícil manifestam maior ansiedade e comportamentos negativos. Por sua vez, as que têm um temperamento mais fácil podem demonstrar comportamentos menos negativos e até subestimarem a dor. A falta de controlo também intensifica a dor. Neste sentido, as estratégias de *coping* pelos efeitos emocionais positivos e se utilizadas com sucesso, reduzem a sensação dolorosa permitindo um maior controlo e domínio (Batalha, 2010).

O nível cognitivo da criança influencia a capacidade para descrever e compreender a experiência dolorosa. A forma como as crianças se lembram das experiências anteriores irá influenciar as respostas futuras.

A reação da criança pode variar não em função do número de vezes que foi submetida à situação de dor mas em função da forma como ultrapassou as situações prévias (Fernandes, 2000). A capacidade da criança para a percepção da dor não depende de uma experiência dolorosa prévia, pois ela é uma sensação primária intrínseca como o olfato, a visão, o tato ou o paladar. “A primeira experiência de dano ou lesão tecidual é tão dolorosa como as experiências subsequentes” (Batalha, 2006: 20).

Os fatores socioculturais também exercem influência nas respostas da criança à dor. Os valores culturais (regras e tradições) incutidos pela sociedade podem alterar as respostas e os comportamentos perante a dor. A educação inclui as representações que a criança vai construindo acerca dos profissionais de saúde e do hospital, mesmo antes de se encontrar

doente. A relação que a família estabelece com a criança é considerada um aspeto importante, na medida em que o excesso de atenção dado à criança poderá ter grande influência na tolerância à dor pelo que, crianças mimadas têm menor tolerância à dor queixando-se muito mais que outras crianças (Fernandes, 2000).

A ansiedade elevada dos pais geralmente está associada, ao stress vivido pela criança e à dor sentida durante procedimentos dolorosos. É através das suas atitudes que os pais transmitem os seus próprios valores, definindo a sua expectativa sobre o comportamento da criança. Os pais que se encontram preparados para dar apoio aos filhos quando são sujeitos a procedimentos dolorosos, contribuem para diminuir a perceção que a criança tem da dor. O ambiente que rodeia a criança é outro aspeto igualmente importante. Uma criança pode suportar alguns tratamentos em casa e considerá-los intoleráveis em ambiente hospitalar. As experiências negativas anteriores relacionadas com o hospital, como a ausência dos pais, a restrição de visitas ou o corte com o mundo exterior, podem contribuir para essa situação (Batalha, 2010). A forma como os enfermeiros conceptualizam a dor e a persistência de mitos e crenças por falta de conhecimentos, influencia a qualidade dos cuidados prestados.

Conhecer a forma como a dor na criança pode ser influenciada permite aos profissionais de saúde uma avaliação e planeamento de estratégias de tratamento eficazes.

3 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE A CRIANÇA COM DOR

As intervenções da enfermagem em pediatria são de extrema importância uma vez que, o enfermeiro desempenha funções essenciais ao bem-estar da criança.

Os estudos desenvolvidos têm contribuído para a desmistificação da dor pelo que os novos conceitos na abordagem da criança com dor e sua família, têm-se refletido na prática dos cuidados de muitos profissionais de saúde (Batalha, 2006).

Fernandes (2000), realça o papel fundamental que o enfermeiro desempenha face à problemática da criança com dor. Ao cuidar a criança com dor, é da competência do enfermeiro conhecer as perturbações que esta sensação provoca na criança e família, tendo presente o seu desenvolvimento cognitivo, permitindo assim a avaliação e a intervenção perante a dor, e a reflexão sobre as estratégias mais adequadas a cada caso. No mesmo sentido, Pereira e Coelho (2002), afirmam que estando conscientes do poder que a dor exerce sobre o paciente, é de extrema importância o papel do enfermeiro na deteção e avaliação da dor, pois é ele, que mais perto está do paciente e mais tempo passa a seu lado. É importante, em qualquer faixa etária, que os enfermeiros sejam capazes de avaliar as queixas dolorosas da criança, caso a caso, no sentido de minimizar o medo e o desconforto.

As crianças são diferentes umas das outras pelo que o seu comportamento perante a dor, também difere. Umas negam a dor para se mostrarem valentes, outras exageram-na para chamarem a atenção.

Para uma prevenção eficaz e alívio da dor, é prioritário atender à relação que a criança estabelece com os que dela cuidam. Assim, na equipa de saúde, é o enfermeiro quem mais tempo passa junto da criança pelo que deve criar uma relação de amizade e de confiança. Assim, a sua atitude deverá ser acreditar na criança quando verbaliza a sua dor e também, saber avaliar a sua existência quando a criança não o pode fazer. Deverá demonstrar disponibilidade, aceitação, explicar e ensinar. O enfermeiro deve estar consciente que a dor é manifestada de forma diferente, de criança para criança, aceitando todas as expressões de dor independentemente do seu contexto cultural e religioso.

O conhecimento e a compreensão da criança sobre a dor são fundamentais para uma melhor adaptação à doença e adesão à terapêutica, desenvolvendo também uma maior tolerância à dor. Quanto melhor se entender como se sente, pensa e se comporta a criança perante a dor, melhor poderá ser ajudada pelo enfermeiro. Outro aspeto a que o enfermeiro deve estar atento é o que a criança quer transmitir (quer por palavras ou comportamentos) e as suas crenças relativamente à dor (Cordeiro *et al*, 2001).

O ambiente que rodeia a criança exerce também influência sobre o seu bem-estar sendo necessário promover um ambiente tranquilo, sem barulho, com uma decoração agradável e alegre, com mobiliário e luminosidade adequadas aos seus hábitos.

Os pais desempenham um papel fundamental e indissociável da prática de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Para a planificação de intervenções individualizadas é fundamental a presença dos pais. A presença destes, ou de outra pessoa significativa para a criança, são uma ajuda preciosa no processo de gestão da dor, sobretudo nos momentos de maior sofrimento, ajudando a criança a dominar o medo, a sentir-se mais segura e conseqüentemente, a suportar melhor a dor (OE, 2013). Em 2015, é publicado o Guia Orientador de Boa Prática acerca da Parentalidade Positiva onde é referido, que os pais devem ser informados sobre os tratamentos a realizar e envolvidos na tomada de decisão, sendo um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados (OE, 2015). “Pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção da dor” (Batalha, 2010: 21). Por sua vez, a separação dos pais é uma fonte geradora de stresse, podendo aumentar a perceção de dor na criança. Embora, a maioria dos pais, prefira estar presente durante a realização de procedimentos dolorosos e a sua presença seja igualmente desejada pela criança, muitas das vezes os próprios pais ficam ansiosos podendo dificultar o controlo da criança sobre a dor. No entanto, o papel dos pais deve ser reconhecido pelo que na sua prática profissional, o enfermeiro deve ter presente a relevância atribuída à criança e pais. “A tríade, agora constituída, entre pais, criança e equipa assistencial, permanecerá em constante interação da qual todos beneficiarão” (Jorge, 2004: 67).

Encontram-se claramente demonstrados os efeitos benéficos da preparação na diminuição da dor. Assim, na preparação psicológica da criança, o enfermeiro deverá preparar a família e tranquilizar a criança antes, durante e após qualquer procedimento doloroso, através de explicações simples e de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo (OE, 2013). Se existe dor também existe sofrimento. Logo o papel do enfermeiro é tentar evitá-lo e quando tal não é possível, deve procurar diminuí-lo. O enfermeiro deve mobilizar todo o seu saber científico para que todas as crianças, sem exceção, tenham o direito a não sofrer com dor (Batalha, 2006).

3.1 – GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

O cuidar da criança/adolescente com dor implica não só, lidar com a expressão da dor mas também, com aspetos como o diagnóstico, significado, prevenção e alívio. “A gestão da dor envolve mais aspetos do que a evidente procura de alívio” (Fernandes, 2000: 70). O alívio da

dor é uma necessidade e um direito básico de todas as crianças. A dor pode ser difícil de reconhecer na criança pequena, em crianças sem capacidade cognitiva ou que usam vocabulário que não permita que os seus cuidadores o entendam facilmente. Além disso, as crianças utilizam inúmeras estratégias para lidarem com a dor (como brincar, dormir) o que pode levar o observador a avaliar a dor na criança erroneamente. Apesar da dor ser prevenida, tratada ou reduzida através de técnicas de baixo custo farmacológico, psicológico e físico, existe ainda uma deficiente gestão da dor nas crianças, onde a maioria ainda recebe cuidados inadequados para o alívio da mesma (IASP, 2005).

A gestão da dor tem como princípio a prevenção, sempre preferível ao tratamento, uma vez que a dor instalada é mais difícil de controlar (Hockenberry e Wilson, 2014). A intervenção farmacológica na dor é uma base para o seu efetivo alívio, mas sendo a dor mais do que uma experiência sensorial, outros métodos de alívio são também uma parte importante do cuidado em Pediatria (Pölkki, Laukkala e Vehviäinen-Julkunen, 2003). A experiência dolorosa pediátrica pode ser entendida e desencadear diversas reações (fisiológicas, emocionais e motoras) desde o nascimento ou do período inicial do desenvolvimento da criança (OE, 2013).

O Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem através da alínea E2.2 refere que o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010: 4).

O enfermeiro pelo seu contacto próximo e privilegiado com a criança em contexto hospitalar tem também uma responsabilidade acrescida, quer na manutenção quer na promoção do seu bem-estar. Ao cuidar da criança e adolescente com dor, cabe ao enfermeiro a gestão de medidas de alívio da dor e do desconforto e em parceria com os pais, deve saber avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente.

“As medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos” (OE, 2013: 13). Estas medidas são inúmeras e a sua eficácia está relacionada com um aumento do sentimento de controlo da dor, promovendo uma maior autonomia da criança e da família. A sua escolha tem a ver não só, com os conhecimentos mas também, com a experiência dos profissionais de saúde (Fernandes, 2000; OE, 2013). Estas medidas permitem aos enfermeiros a possibilidade de contribuírem para uma gestão eficaz da dor de uma forma autónoma. Assim sendo, “abdicar dessa autonomia não tomando a prevenção e o alívio da dor como objetivos, é perder a oportunidade de contribuir para a redefinição do seu campo de competências e consequentemente da sua identidade profissional” (Fernandes, 2000: 261).

Dado o propósito deste estudo, e não atribuindo menos importância às intervenções farmacológicas no controlo da dor, faz-se apenas uma abordagem às estratégias não farmacológicas como intervenções autónomas do enfermeiro, que se desenvolvem a seguir.

3.2 – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

A dor na criança encontra-se muitas vezes associada ao medo, ansiedade e stresse pelo que uma diversidade de técnicas não farmacológicas como a distração, o relaxamento e a imaginação guiada podem ajudar a controlar a dor.

As estratégias não farmacológicas consistem em práticas naturais para o alívio da dor sem o recurso a químicos uma vez que não envolvem a ingestão de fármacos, funcionando antes, como um complemento destes. Estas medidas são várias, sendo a sua categorização diferente de autor para autor. No entanto, de acordo com o nível em que é processada a modulação do estímulo doloroso, podem ser categorizadas em:

- *Comportamentais*: envolvem o ensino de comportamentos que promovem o alívio da dor.
- *Cognitivas*: usam métodos mentais para lidar com a dor.
- *Cognitivo-comportamentais*: usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição, ao modificarem a perceção da dor.
- *Físicas*: diminuem a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular.
- *Suporte emocional*: presença dos pais, o toque, sucção não nutritiva entre outros.
- *Ambientais*: melhoria das condições ambientais e de bem-estar (Batalha, 2010; OE, 2013).

As intervenções não farmacológicas estão relacionadas com a experiência dos profissionais de saúde que prestam cuidados à criança. Devem ocorrer em simultâneo com o tratamento farmacológico, não o substituindo, mas complementando-o. O controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas (Fernandes, 2000; Batalha, 2010; OE, 2013). As estratégias não farmacológicas geralmente não substituem os analgésicos. No entanto, podem ser adjuvantes úteis, na redução da dosagem de medicação e na diminuição da dor, enquanto a medicação não produz efeito. Devem ser escolhidas de acordo com os recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, do desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping*, das suas preferências, do tipo de dor e das suas características, assim como do contexto (OE, 2013).

A utilidade das intervenções não farmacológicas tem sido demonstrada através de diversos estudos (Gasparido, Linhares e Martinez, 2005; Cignacco, Hamers e Stoffel, Van Lingen, Gessler e McDougall, 2006; Uman, Chambers, McGrath e Kisely, 2008). Embora “não substituam as intervenções farmacológicas a sua ação não deve ser negligenciável no tratamento da dor ligeira a moderada” (Batalha, 2010: 64). Têm como vantagem, na maioria das situações, não apresentarem efeitos secundários e possibilitarem uma ação mais autónoma para a criança, sendo grandemente reconhecidas por estas. As estratégias não farmacológicas são seguras, não invasivas e de baixo custo (Hockenberry e Wilson, 2014). São várias as intervenções que podem ser desenvolvidas. A escolha da técnica mais adequada a cada caso é determinante na sua eficácia, o que torna fundamental a elaboração da história da dor, permitindo recolher informação pertinente que orienta a avaliação e controlo da dor (OE, 2013).

Seguidamente desenvolvem-se de forma mais pormenorizada as diferentes categorias de medidas não farmacológicas anteriormente referidas.

Intervenções Comportamentais

Na criança e adolescente as intervenções comportamentais compreendem o relaxamento muscular e a distração comportamental. O *relaxamento muscular* é considerado uma das técnicas mais eficazes perante a realização de procedimentos dolorosos pelos enfermeiros (Batalha, 2010). O relaxamento diminui a tensão muscular produzindo uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar. Facilita o sono, aumenta o autocontrolo, distrai e permite o reforço da relação enfermeiro/doente sendo extremamente útil na redução da ansiedade prévia aos procedimentos dolorosos e aumenta a tolerância à dor. Existem vários tipos de relaxamento como o muscular, exercícios de respiração diafragmática e exercícios de relaxamento ativo (OE, 2013). O relaxamento muscular prepara a criança para uma situação desagradável ou que envolve stresse ajudando-a a controlar essa ansiedade. É útil em todas as idades no entanto, é nos adolescentes que tem uma especial importância uma vez que pode reduzir não só a ansiedade, o medo, a dor assim como a náusea e o vómito. A escolha do tipo de relaxamento depende da idade da criança e sua preferência bem como, do tempo disponível e da experiência do enfermeiro (Batalha, 2010).

A *distração comportamental* é outra das técnicas que envolve a realização de atividades físicas antes da realização dos procedimentos dolorosos possibilitando um maior relaxamento da criança e menos preocupação (Linhares e Doca, 2010; OE, 2013).

Intervenções cognitivas

Dentro das intervenções cognitivas inclui-se a informação preparatória ou antecipatória.

Consiste em informar a criança/pais acerca do procedimento a efetuar desde a punção venosa a uma cirurgia o que permite à criança “desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer”, contribuindo assim para a redução da ansiedade e aumento do seu sentimento de controlo (Batalha, 2010: 68). Esta informação envolve a descrição das fases do procedimento. Como métodos usados para este fim, podem considerar: brincar, desenhar, passear, manusear equipamento, esclarecer dúvidas entre outros. A informação deve ser adequada à idade e geralmente deve ser dada próxima do procedimento uma vez que as crianças com idade inferior a seis, sete anos não retêm a informação por mais de uma hora (OE, 2013). A informação, além de ser um direito da criança e dos pais é também um imperativo do enfermeiro como boa prática dos cuidados.

A *distração (cognitiva)* é uma técnica que permite desviar a atenção do procedimento doloroso para coisas agradáveis. É geralmente utilizada como estratégia de gestão do stresse e da dor moderada, provocada por procedimentos dolorosos, uma vez que a perceção da dor tem uma componente psicológica. O facto de se direccionar a atenção para algo que não o estímulo nocivo ajuda a que a perceção da dor seja menos intensa (Paixão, 2010). A *distração* envolve vários métodos cognitivos e comportamentais que permitem desviar a atenção da dor para coisas agradáveis. No guia orientador de boa prática da OE (2013) é feita referência à distração nas intervenções comportamentais. No entanto, outras classificações foram encontradas. De acordo com Batalha (2010) a distração é classificada na categoria das intervenções, cognitivo-comportamentais.

São inúmeras as formas de distrair as crianças e todas partilham as virtudes dos métodos emocionais podendo ser usados em todas as idades. No recém-nascido pode trazer benefícios o escutar uma música ou canção. No lactente, a utilização de um brinquedo brilhante, com movimentos ou que emita sons também pode ajudar a distraí-los. Para as crianças dos dois aos seis anos podem ser utilizados o jogo, a brincadeira, o desenho, a pintura, ver televisão, contar histórias e as atividades escolares. As crianças mais velhas e adolescentes podem ocupar-se com distrações cognitivas através de discussões acerca de filmes, jogos, música, técnicas respiratórias entre outros, ajudando-os a desviar o seu pensamento do procedimento em causa. Estas técnicas além da sua eficácia são de baixo custo, requerem pouco tempo não sendo necessário uma preparação prévia e são úteis no controlo da dor de curta duração (Batalha, 2010; OE, 2013).

Outra das intervenções que pode ser utilizada na criança e adolescente designa-se por *modulação ou simulação*. Consiste em demonstrar ou simular o procedimento por um adulto ou outra criança. Permite informar a criança acerca do procedimento a realizar, demonstrando o uso de estratégias e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a realidade (OE, 2013). A

modulação pode ser feita através da observação de vídeos nos quais outras crianças estão a ser submetidas ao mesmo procedimento a que a criança será submetida (Linhares e Doca, 2010).

O *reforço positivo* consiste no elogio da criança ou recompensa a seguir ao procedimento doloroso após utilização de estratégias positivas para o alívio da dor. Tem como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (OE, 2013).

Intervenções Cognitivo-comportamentais

Estas intervenções combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. O seu propósito é modificar os processos cognitivos da criança para atenuar a sua perceção de dor baseando-se no pressuposto de que as cognições ou avaliações da pessoa acerca de determinados eventos ou situações influenciam o modo como ela se sente e percebe tais procedimentos. Esta terapia é usada com frequência em crianças mais velhas e nos adolescentes (Uman et al, 2008). Tem como finalidade que a criança compreenda a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos ou comportamentos que advêm da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade (Batalha, 2010; Linhares e Doca, 2010; OE, 2013).

Dentro destas intervenções pode incluir-se a técnica de *imaginação guiada*. Esta técnica permite através da indução de um estado de concentração relativamente a uma ideia ou imagem obter uma sensação de bem-estar e relaxamento. Permite conduzir a imaginação para um lugar agradável, para uma atividade favorita e com pensamentos positivos. No entanto, outros autores classificam-na na categoria de intervenção cognitiva.

Métodos físicos

Nos métodos físicos podem incluir-se: a aplicação de calor ou frio, a massagem, o posicionamento e a estimulação elétrica nervosa transcutânea.

A *aplicação de calor* consiste na sua aplicação na zona dolorosa promovendo a circulação sanguínea. Produz um efeito analgésico pela ativação do mecanismo de supressão da dor e pelo relaxamento muscular, dependendo os seus efeitos locais ou gerais da intensidade e do tempo de aplicação.

A *aplicação de frio*, por sua vez, tem um efeito contrário do calor pela diminuição da circulação periférica o que favorece a redução do edema, tendo uma ação anti-inflamatória.

A *massagem* consiste na estimulação cutânea para aliviar a dor através de relaxamento e distração o que irá ativar os mecanismos que inibem a dor. São inúmeras as técnicas de massagem sendo a sua eficácia aumentada se for combinada com outras técnicas não farmacológicas.

O *posicionamento* consiste na mudança de posição para promover o conforto. É reconhecida a sua utilidade no alívio da dor. É extremamente benéfico e não deve ser esquecido. O uso de almofadas, permite posicionar confortavelmente a criança proporcionando-lhe bem-estar. No recém-nascido o posicionamento adequado geralmente denomina-se contenção em ninhos.

A *estimulação elétrica nervosa transcutânea* (TENS) consiste na transmissão de estímulos elétricos através da colocação de elétrodos na pele, na área da lesão ou da dor, mais propriamente no trajeto do nervo, sendo a sua ação explicada pela “teoria do portão”. A teoria do controlo portal sugere que a informação só consegue passar quando a porta está aberta, e não quando ela se encontra fechada. O fechar da porta é a base do alívio da dor (Batalha, 2010; Lemos e Ambiel, 2010). Na TENS os impulsos são transmitidos através de fibras A, mais rápidas e de maior calibre enquanto o estímulo doloroso é transmitido através de fibras de calibre menor, do tipo C, mais lentas. Desta forma, os impulsos emitidos através desta técnica chegam primeiro ao corno posterior da medula e despolarizam a substância gelatinosa, impedindo que os estímulos da dor passem para o tálamo levando a que os portões da dor sejam fechados.

Embora esta técnica seja referida como eficaz no controlo da dor é pouco frequente a sua utilização na prática de Enfermagem (OE, 2013).

Suporte emocional

Outras medidas podem ser designadas como *suporte emocional* e incluem o toque, o embalar, segurar, acarinhar, mimar, envolver em roupa, pegar ao colo, administração de sacarose oral, sucção não nutritiva, amamentação, a presença dos pais entre outros. Podem ser utilizadas no recém-nascido e criança.

A *presença dos pais* é um aspeto fundamental no cuidado à criança com dor sendo relevante em pediatria uma vez que a separação dos pais é uma situação geradora de stresse na criança, contribuindo para um aumento da perceção dolorosa.

O *conforto* é outra das medidas usadas para confortar as crianças. Estas devem estar de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Nas crianças mais pequenas são usadas o embalar, acariciar, falar, mudar a fralda, cantar, contar uma história, brincar. O brincar “constitui um meio privilegiado de expressão”, na criança. O desenvolvimento de atividades lúdicas é um direito das crianças quando a sua situação clínica requer internamento hospitalar (OE, 2013: 36). A *brincadeira lúdica* é uma estratégia de comunicação terapêutica que permite reduzir o nível de ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos ou até à cirurgia. Por sua vez, a *brincadeira terapêutica* serve-se da brincadeira, através da vivência atual da criança ou do que

experimentou anteriormente, para partilhar informação quer da criança para o enfermeiro, quer do enfermeiro para a criança, utilizando o brinquedo terapêutico que permite a expressão de emoções e atenuar o impacto com as experiências geradoras de stresse.

Nas crianças em idade escolar e adolescentes questioná-las acerca das suas preferências ou o que as poderia ajudar, torna-se fundamental, uma vez que adotam várias estratégias de *coping* específicas.

No recém-nascido, estas medidas incluem a massagem terapêutica, o embalo, o contacto físico dos pais (principalmente com a mãe), o método canguru, a sucção não nutritiva, o leite materno e a sacarose a 24% (ou glicose a 30% em algumas instituições). É igualmente importante preservar períodos mais prolongados de sono e repouso (OE, 2013).

O *método canguru* proporciona sensações agradáveis que conduzem a um estado de equilíbrio na criança sobretudo se for proporcionado por alguém que lhe seja próximo e por quem tem afeto. A técnica do canguru que consiste no contacto pele a pele, da criança com o corpo da mãe ou pai, reduz a atividade comportamental como a duração do choro e diminui a frequência cardíaca. É vulgarmente utilizada no recém-nascido.

O *toque* é outra das técnicas importantes uma vez que não se pode imaginar a prática dos cuidados de enfermagem sem o ato de tocar. O toque pode ser crucial para o alívio da dor. É utilizado terapêuticamente, mas também pode ser usado para aumentar o apoio e a confiança entre a criança e o enfermeiro sendo um componente vital na comunicação (Silva et al, 2011).

O *leite materno/amamentação* pode ser uma forte intervenção para o alívio da dor para além dos benefícios reconhecidos em termos nutricionais e afetivos quer através do aleitamento materno quer oferecido por sonda nasogástrica (Linhares e Doca, 2010; OE, 2013).

A *sucção não nutritiva* envolve o uso de chupeta inibindo a hiperatividade e modulando o desconforto do recém-nascido pelo que a analgesia promovida através da chupeta parece ocorrer apenas, durante os movimentos ritmados de sucção (OE, 2013).

As *substâncias açucaradas* (Sacarose a 24% ou glicose a 30%) têm um efeito semelhante. O efeito antiálgico parece estar associado à libertação de opióides endógenos e controlo das vias de nociceção assim como, do gosto doce (Batalha, 2013). Alguns estudos realizados referem-se ao efeito analgésico da sacarose com diminuição das respostas à dor (Batalha, 2010; Carvalho e Carvalho, 2012). A utilização da sacarose é recomendada pela Academia Americana de Pediatria como estratégia não farmacológica no alívio da dor aguda em recém-nascidos. O seu uso está indicado em procedimentos dolorosos como punções venosas, para colheitas ou colocação de perfusão. A ação destas substâncias é potenciada pela sucção não nutritiva ou uso de outras estratégias não farmacológicas (OE, 2013).

Musicoterapia

A música tem um campo de ação bastante extenso podendo ser utilizada em crianças. Pode ter objetivos terapêuticos, na medida em que promove a comunicação e o relacionamento. Segundo alguns estudos, a música possui propriedades analgésicas e ansiolíticas, diminui o stresse, a tensão e proporciona relaxamento podendo ser aplicada quer em procedimentos dolorosos quer em situações de stresse associadas ao internamento (Silva, Neto e Barbosa-Branco, 2007). De acordo com a OE (2013: 42), "...permite a fuga para um universo sem dor, ao abrigo da imaginação.

Ambientais

Finalmente e não menos importante, o ambiente que rodeia a criança e família é um aspeto a considerar na prevenção e tratamento da dor. Uma atmosfera mais confortável assim como, uma decoração e mobiliário adequados às necessidades da criança favorecem um ambiente tranquilo e familiar. Devem ainda evitar-se ruídos acústicos, tácteis luminosos. O controlo da temperatura ambiente é igualmente importante (Batalha, 2010). Os aspetos ambientais como a redução da incidência de luzes e do ruído ambiente, o evitar conversas e a redução do volume dos alarmes dos monitores beneficiam também o recém-nascido (OE, 2013).

As estratégias são inúmeras e para além das apresentadas existem outras, cuja eficácia no controlo da dor se encontra relatada no entanto, a sua utilização não é tão frequente na prática de Enfermagem. Este tipo de estratégias, designam-se terapias complementares onde se incluem: a hipnose, acupuntura, aromaterapia, cromoterapia, homeopatia, *Shiatsu*, *Reiki* entre outras e existe um número crescente de enfermeiros com competências nestas terapias podendo vir a implementá-las com benefício para as crianças. Podem permitir que a criança não tenha experiência de dor, não guardando essa memória negativa ou aliviando a intensidade, quando de outra forma, não puder ser eliminada (OE, 2013).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA

2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – METODOLOGIA

A metodologia é caracterizada por Fortin (2009: 19), como “uma conjunto de meios e de técnicas que permitem realizar a investigação”. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), consiste na descrição dos princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação.

A fase metodológica é aquela onde se incluem os elementos que conferem um sentido à investigação (Freixo, 2012). Esta fase consiste em descrever o género de estudo, em atribuir os significados operacionais das variáveis assim como, determinar o meio onde serão colhidos os dados. Assim, as decisões tomadas pelo investigador irão determinar todo o desenrolar do estudo. As diversas etapas da fase metodológica, servirão de linha orientadora em todo o processo de investigação, pretendendo dar a conhecer todos os procedimentos adotados que visam obter dados e chegar a conclusões válidas (Fortin, 2009).

Neste sentido, aborda-se neste capítulo o tema e questões de investigação, o tipo de estudo e os objetivos, variáveis e sua operacionalização, o instrumento de colheita de dados (questionário) e a sua aplicação, a população e amostra, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico.

1.1 – TEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Embora a preocupação com a dor tenha assumido uma importância crescente ao longo dos últimos anos, e apesar de estarem a surgir novos estudos relativamente à abordagem da dor na criança, continua a ser um tema que carece ainda de algumas respostas. De acordo com as orientações técnicas da Direção Geral da Saúde, “a preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo” (DGS, 2010: 3). Uma dor persistente e prolongada em fases precoces da vida, pode trazer consequências quer na infância quer na idade adulta, pelas alterações que pode provocar a nível do Sistema Nervoso Central (Araújo, Nascimento e Christoffel, 2010). Assim, no controlo da dor, “o sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consagrado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada” (DGS, 2010: 4). Em contexto hospitalar, o enfermeiro é um interlocutor privilegiado na equipa multidisciplinar, uma vez que permanece mais tempo junto da criança e família, o que faz com que exerça um papel preponderante na gestão da dor da criança. O enfermeiro deve planear intervenções que

permitam um alívio satisfatório da dor (Elkin, Perry e Potter, 2005). Assim, a utilização de estratégias múltiplas (farmacológicas e não farmacológicas) no alívio da dor à criança, podem ser mais eficazes do que uma única abordagem. Neste sentido, também o Guia Orientador de Boa Prática acerca das Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, faz referência às intervenções não farmacológicas como “um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas” (OE, 2013: 9). As estratégias não farmacológicas são diversas e a sua utilidade é reconhecida na prevenção e tratamento da dor, na criança, quer isoladas ou em complementaridade diferindo, no entanto, de autor para autor. As intervenções não farmacológicas compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, comportamentais, emocionais e espirituais sendo na sua maioria, de fácil aplicação e de baixo custo (Pimenta 2006 citado por Jaques e Fontes 2007).

Numa investigação, a escolha do tema é considerada um passo fundamental uma vez que influencia o desenrolar das etapas seguintes. O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos com interesse para o investigador levando-o a fazer uma investigação de forma a aumentar os seus conhecimentos (Fortin, 2009). Tendo em conta as constatações referidas e sendo a abordagem e gestão da dor na criança e adolescente fundamentais na prática de cuidados e essencial para a humanização dos mesmos, optou-se como tema deste estudo, *as estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro, no cuidar da criança/adolescente com dor*, em contexto hospitalar por ser uma questão de interesse, não só para a Enfermagem Pediátrica, mas também para o investigador. A especificidade do cuidar o recém-nascido, a criança e o adolescente com dor, faz parte da área de Saúde Infantil e Pediatria sendo que, uma das competências do enfermeiro especialista nesta área, diz respeito à gestão diferenciada da dor. Assim, tendo a dor um carácter individual na forma como se manifesta e nas respostas conseguidas, cabe ao enfermeiro a mobilização dos saberes científicos para o planeamento de intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo e tratamento da dor (OE, 2013). A dor não tratada não é de forma alguma um exemplo de boa prática. Com o mesmo propósito, através do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010) é enunciado, na alínea E2.2.3, que o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem deve “aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”.

A dor é uma realidade na criança, em contexto hospitalar, o que pressupõe que os enfermeiros tenham um papel ativo na prevenção e controlo da dor, pela sua proximidade com a criança e adolescente. Assim, ao cuidar a criança e adolescente com dor, é necessário conhecer não só, os fármacos analgésicos e os seus critérios de administração bem como, um conhecimento aprofundado acerca das terapias não farmacológicas no alívio da dor (OE, 2013).

Um problema de investigação deve ser apresentado com a clareza possível para que se vislumbre a sua questão central (Freixo, 2012). A forma como são colocadas as questões de investigação determina os métodos que serão utilizados para a obtenção da resposta.

A questão de investigação, por sua vez, serve de base à formulação do problema e orienta a investigação. Neste sentido, colocam-se as questões:

Q1 - Quais as principais estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro, ao cuidar da criança/adolescente com dor?

Q2 - Quais as dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro, ao cuidar da criança/adolescente com dor?

Perante o que foi referido, como futura enfermeira especialista em Saúde infantil e Pediatria considera-se que a utilização das estratégias não farmacológicas, sendo intervenções autónomas de enfermagem e cabendo ao enfermeiro a sua gestão e implementação, poderão permitir cuidados de excelência bem como, uma nova visão da intervenção do enfermeiro e da profissão.

O objetivo dum estudo abrange as finalidades ou metas que o investigador espera alcançar com a investigação. Delimita em simultâneo o rumo da investigação bem como o tipo de estudo a realizar (Fortin, 2009: 327). É, como refere Freixo (2012: 192), um “enunciado que precisa a orientação da investigação” indicando a intenção do investigador no decorrer do estudo. Na sequência do que foi referido, este estudo tem como objetivo geral:

-Analisar a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança/adolescente com dor, em contexto hospitalar.

Por forma a dar resposta às questões definidas foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança/adolescente com dor.

- Identificar as dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro, ao cuidar da criança/adolescente com dor.

1.2 - TIPO DE ESTUDO

A cada tipo de estudo corresponde um “desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses. O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação” (Fortin, 2003: 13). O estudo descritivo dá-nos informação acerca das características, quer de pessoas, de grupos, de situações

ou mesmo acontecimentos. O estudo descritivo simples “implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população” (Fortin, 2009: 237). O estudo descritivo compreende a identificação do fenómeno a estudar, assim como, a definição do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração das definições conceptuais e operacionais das variáveis, que além de conferirem uma perspectiva ao estudo, permitem a ligação entre os conceitos e as descrições que lhe são atribuídas (Fortin, 2009). Este método tem como finalidade proporcionar uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento (Freixo, 2012). Tratando-se de descrever conceitos, fatores ou uma população, utiliza-se o método quantitativo porque se pretende obter informações que se expressam em valores numéricos (Fortin, 2009). Considerando as questões que norteiam esta pesquisa e os objetivos, optou-se por um estudo descritivo, de nível I, com uma abordagem quantitativa. Neste sentido, ir-se-á descrever e interpretar a utilização de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros, no alívio da dor na criança e adolescente.

1.3 – VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

As questões de investigação comportam variáveis que são definidas por Fortin (2009: 171), como as unidades de base da investigação. São qualidades ou características de objetos, de pessoas ou situações estudadas numa investigação, às quais se atribuem valores e têm como propósito medir uma dimensão de um conceito. É “qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos”, podendo ser classificada de diferentes formas, de acordo com o tipo de utilização dada numa investigação (Freixo, 2012: 202).

O processo de investigação comporta diversas operações pelo que é essencial transformar as variáveis abstratas em formas operacionais. Neste sentido, operacionalizar as variáveis, consiste em enunciá-las numa forma mensurável e observável transformando-as “em fatores disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados” (Freixo, 2012: 203). O investigador deverá definir quais as atividades ou operações a realizar para medir uma variável (Sousa e Baptista, 2011). Assim sendo, operacionalizar consiste na definição concetual da variável e posteriormente na definição operacional, onde são apresentados os indicadores, que permitem a sua mensuração.

As variáveis estudadas foram agrupadas em características pessoais e profissionais dos enfermeiros (parte I do questionário) em estratégias não farmacológicas utilizadas pelo

enfermeiro e em vivências e preocupações do enfermeiro ao cuidar da criança com dor (parte II). É assumida como variável primária ou principal da investigação as estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor, por ser considerada a única relevante no momento da conclusão (Pocinho, 2012). As características pessoais e profissionais dos enfermeiros como variáveis complementares, por permitirem caracterizar a amostra. Por último, as vivências e preocupações do enfermeiro ao cuidar da criança com dor como variável secundária. As variáveis secundárias são importantes na avaliação da situação em estudo mas raramente decisivas para a conclusão do mesmo (Pocinho, 2012).

Variável Principal: *Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor.*

A variável principal vai ser decomposta em dimensões e posteriormente em indicadores para mais objetivamente ser obtida informação relevante para o estudo, através das respostas dos enfermeiros que prestam cuidados na área pediátrica e que é apresentada no quadro 1. As dimensões em análise são: conhecimento sobre estratégias não farmacológicas e documentos sobre a avaliação e controlo da dor, frequência de utilização das estratégias antes dos procedimentos dolorosos, frequência de utilização das estratégias não farmacológicas, importância atribuída aos critérios de seleção das estratégias não farmacológicas e dificuldades na sua utilização.

A dimensão conhecimento foi avaliada através de uma escala de *tipo Likert* e operacionalizada em quatro opções de resposta no sentido de se conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a dimensão cognitiva, tal como a dimensão importância atribuída aos critérios de seleção das estratégias não farmacológicas, também com quatro opções de resposta, como se encontra representado no quadro 2. As restantes dimensões são medidas através de escalas de *Likert*. Para além dos indicadores apresentados é dada a possibilidade aos inquiridos de especificarem outra opção através de uma questão aberta.

Quadro 1 - Operacionalização das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor

VARIÁVEL PRINCIPAL		
Dimensões	Indicadores	Definição Operacional
Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas		Muito bom Bom Suficiente Insuficiente
Documentos relativos à avaliação e controlo da dor	Normas do serviço Circulares internas de atuação Guidelines Orientações técnicas e circulares normativas da DGS Guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros Outros documentos que suportam a prática profissional	Desconhece Sabe da existência mas desconhece o conteúdo Conhece o conteúdo parcialmente Conhece plenamente o conteúdo
Estratégias não farmacológicas antes dos procedimentos dolorosos	Punção venosa Terapêutica intramuscular Realização de pensos Aspiração nasofaríngea Aspiração nasogástrica Algaliação Punção capilar Outros	Nunca Raramente Regularmente Frequentemente Sempre Sem experiência
Estratégias não farmacológicas	Informação preparatória Distração Massagem Posicionamento Aplicação de calor ou frio Toque Musicoterapia Sucção não nutritiva Método canguru Outras Estratégias não farmacológicas com que tem obtido melhores resultados	Nunca Raramente Regularmente Frequentemente Sempre Não de aplica
Importância atribuída aos critérios de seleção das estratégias não farmacológicas	Idade Desenvolvimento cognitivo Manifestações/relatos de dor Informação prestada pelos pais/prestadores de cuidados História da dor Caraterísticas da dor Tipo de dor Instrumentos de avaliação da dor Outros	Nada importante Pouco importante Importante Muito importante
Dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas	Recetividade por parte da criança/adolescente Recetividade por parte dos pais ou substituto parental Informação/formação específica Avaliação da dor Disponibilidade de tempo Recursos materiais Outras	Nunca Raramente Regularmente Frequentemente Sempre

Seguidamente expõe-se a operacionalização das variáveis complementares (caraterísticas pessoais e profissionais dos enfermeiros) que se encontra representada no quadro 2.

Quadro 2 - Operacionalização das características pessoais e profissionais dos enfermeiros

VARIÁVEIS COMPLEMENTARES			
Variável	Definição concetual	Questão	Definição Operacional
Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2003).	Aberta	Número inteiro em anos.
Género	Diferenciação social entre os homens e as mulheres, que varia consoante a cultura e que influencia o estatuto, o papel social e a identidade sexual de cada indivíduo no seio da comunidade em que se insere (Infopédia, 2015).	Fechada Dicotómica	Masculino Feminino
Serviço onde exerce funções	Local onde desempenha a atividade profissional até à data da recolha de dados	Fechada	Internamento de Pediatria Urgência Pediátrica Unidade de Neonatologia
Tempo de exercício profissional	Número de anos de desempenho da atividade profissional de enfermagem até à data de recolha dos dados (Infopédia, 2015).	Aberta	Anos completos
Tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria	Número de anos de desempenho da atividade profissional de enfermagem, na área de Saúde Infantil e Pediatria até à data de recolha dos dados	Aberta	Internamento de Pediatria (nº inteiro em anos) Urgência Pediátrica (nº inteiro em anos) Unidade de Neonatologia (nº inteiro em anos)
Habilitações académicas e profissionais,	Conjunto de qualificações académicas e profissionais que habilitam a exercer determinada função, detidas até à data da recolha dos dados (Infopédia, 2015).	Mista	Licenciatura Mestrado. Quais? Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente legal Curso de Pós- Graduação. Quais?
Formação específica na área da dor	Conjunto de conhecimentos relativos a uma área científica, área da dor (Infopédia, 2015).	Mista	Sim Não Se, sim: Na instituição: ações (nº) Tempo (horas) Fora da instituição: ações (nº) Tempo (horas)
Integração no grupo da dor		Fechada Dicotómica	Sim Não

Variável secundária: *Vivências e preocupações do enfermeiro ao cuidar da criança com dor.*

A variável secundária é outra das variáveis em estudo e é operacionalizada através de quatro questões abertas apresentadas a seguir:

-Vivências do enfermeiro perante a utilização de estratégias não farmacológicas no cuidar a criança com dor.

-Respostas observadas/verbalizadas na criança com dor e/ou pais, após a utilização de estratégias não farmacológicas.

-Preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

-Ganhos em saúde com a utilização de estratégias não farmacológicas.

Com base nas variáveis em estudo foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Num estudo de investigação é fundamental a definição do método ou seja, a forma como deve ser realizada a colheita dos dados. O processo de colheita de dados consiste, na colheita sistemática de informações junto dos indivíduos, com a ajuda dos instrumentos de medida selecionados de acordo com um plano preestabelecido (Freixo, 2012). O investigador deve escolher o método de recolha de informação mais adequado para dar resposta às questões de investigação. Deve considerar o nível de investigação assim como, os conhecimentos acerca das variáveis em estudo (Fortin, 2009). Face ao exposto, na escolha do instrumento de colheita de dados ponderaram-se não só as características da investigação mas também da amostra, constituída por enfermeiros de três serviços, pelo que a opção pelo questionário permite obter mais informações acerca da mesma.

Um questionário é um instrumento de investigação que visa a recolha de informações, baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. É composto por uma série de questões às quais os indivíduos devem responder por escrito e onde esse conjunto de enunciados ou de questões permitem avaliar as suas atitudes e opiniões (Sousa e Baptista, 2011). Como instrumento de medida, traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis visando a recolha de “informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”, permitindo uma maior flexibilidade no que respeita à sua estrutura, à forma e aos meios de recolha de informação (Fortin, 2009: 380). Permite aos indivíduos que se sintam mais à vontade para exprimirem as suas opiniões, através de um total anonimato garantido, ainda, total imparcialidade perante a resposta.

O questionário foi elaborado tendo por base os objetivos do estudo e as questões de investigação. É constituído maioritariamente por questões fechadas que, de acordo com Polit e Hungler (2004), são aquelas, cujas alternativas de resposta são especificadas pelo pesquisador permitindo a comparação das respostas e facilitando a análise. Encontra-se estruturado em duas partes, sendo a primeira, referente à caracterização da amostra, onde são obtidos dados pessoais e profissionais da mesma. A segunda parte refere-se à utilização das estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros ao cuidar da criança e adolescente com dor e às dificuldades na utilização das mesmas estratégias. É constituída por doze questões das quais, três são de *Likert* com cinco opções de resposta e duas de *tipo Likert* com quatro opções de resposta. É constituído ainda, por seis questões abertas que para além de possibilitarem uma maior liberdade de expressão ao inquirido, enriquecem as respostas e proporcionam investigações mais profundas e precisas (Freixo, 2012).

Após a elaboração do questionário deve realizar-se um pré-teste junto duma amostra da população a estudar. O pré-teste é a prova a que o questionário será submetido de forma a verificar a sua eficácia pelo que deve ser aplicado a uma amostra reduzida de pessoas pertencentes à população alvo (Fortin, 2009). Esta etapa é fundamental, na medida em que, deteta eventuais defeitos no questionário o que permitirá a sua correção. No sentido de avaliar a estrutura do mesmo e assegurar a sua aplicabilidade, realizou-se um pré-teste a cinco enfermeiros com as mesmas características da amostra em estudo que exercem funções nos serviços de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica noutra unidade hospitalar.

Após a aplicação e o preenchimento do pré-teste, verificou-se que o instrumento de colheita de dados elaborado foi facilmente compreendido no entanto, a questão nº 15 revelou-se pouco objetiva para alguns dos inquiridos, sendo reestruturada apenas uma palavra que a tornou mais perceptível. Os enfermeiros referiram que onde aparece “Na definição das estratégias não farmacológicas (...)” ficaria melhor a palavra “Seleção das estratégias não farmacológicas (...)” o que foi aceite, uma vez que a questão formulada identifica-se com a escolha das estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro.

O questionário elaborado (Anexo I) foi distribuído aos enfermeiros que constituem a amostra deste estudo.

1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é definida de acordo com Fortin (2003: 202), como “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. O “elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida” podendo ser também uma família, um grupo, um comportamento, uma organização, etc.

Na impossibilidade de estudar toda a população optou-se por selecionar uma amostra, que, de acordo com Fortin (2009: 312), “é a fracção da população sobre o qual se faz o estudo” e onde as características da população devem estar presentes. Assim, a amostra selecionada é a amostra não-probabilística accidental ou de conveniência que é formada por “indivíduos que são facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” permitindo a escolha dos indivíduos presentes num local certo e num momento preciso (Fortin, 2009: 321).

A amostragem por conveniência, ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência, favorecendo o uso de

peessoas mais convenientemente acessíveis ao estudo. Embora tenda a ser menos representativa, tem a vantagem de uma maior facilidade no acesso dos indivíduos para o estudo (Polit e Hungler, 2004). Assim, a amostra foi constituída por 33 enfermeiros dos serviços de Pediatria (internamento), Neonatologia e Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã), que se encontravam nos referidos serviços no período em que decorreu este estudo, aceitando participar e a quem o autor do mesmo tinha facilidade de acesso por exercer funções na referida instituição. A prestação de cuidados ao recém-nascido, criança e adolescente representam o critério de inclusão, tendo sido excluídos os que se encontram na gestão ou ausentes por algum motivo.

Qualquer estudo ou investigação em que estejam envolvidos indivíduos levanta questões éticas e morais pelo que devem ser considerados alguns procedimentos éticos.

1.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Os aspetos inerentes à ética em investigação são imprescindíveis em qualquer estudo pelo que, devem ser tomadas previamente algumas medidas, de modo a assegurar os direitos e a privacidade dos participantes. É fundamental a manutenção da confidencialidade e anonimato bem como a garantia do princípio da autonomia, sendo o investigador o garante da participação voluntária na colheita de dados (Nunes, 2013). Deve considerar-se o consentimento livre e esclarecido bem como o respeito pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009).

A recolha de dados para este estudo, foi realizada após a obtenção de autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira, de acordo com as normas vigentes na instituição, e após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo II). Por parte da instituição não houve necessidade de facultar o formulário relativo ao consentimento escrito, livre e esclarecido aos inquiridos, dado o investigador fazer parte do grupo profissional e exercer a sua atividade profissional na referida instituição, estando sujeito ao dever de confidencialidade e anonimato garantindo a participação voluntária dos mesmos.

Após o exposto, no período entre 14 de Janeiro de 2015 e final de Março de 2015, foi aplicado o instrumento de recolha de dados (questionário) aos enfermeiros dos serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Neonatologia que se encontravam na prestação de cuidados, pelo que a informação foi obtida através deste, de forma voluntária e anónima, respeitando o princípio que envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade. De forma a garantir estes pressupostos, fez-se uma breve apresentação do estudo e foram

entregues os questionários à enfermeira chefe e responsáveis dos serviços, em envelopes individuais. Após o seu preenchimento, cada enfermeiro fechou o envelope de forma a impedir que os mesmos pudessem ser consultados permitindo expor as suas convicções relativamente à temática em estudo.

Após a recolha dos dados impõe-se a organização da informação obtida.

1.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise dos dados tem por objetivo organizá-los de forma a salientar os resultados obtidos através da estatística descritiva. Assim, a análise deve “permitir pôr em evidência as variáveis que serviram para caracterizar a amostra (...)” (Fortin, 2009: 474). Na análise descritiva dos dados a apresentação dos resultados permite resumir o conjunto das características dos participantes bem como, examinar a distribuição dos valores das principais variáveis.

Após ter sido efetuada a colheita de dados procedeu-se à sua análise e interpretação. Esta análise é realizada de forma a organizar e resumir os dados obtidos por forma à obtenção de respostas às questões inicialmente propostas, tendo a sua interpretação o propósito de dar sentido às respostas.

Quanto aos dados obtidos através de questões fechadas, foram tratados quantitativamente recorrendo à estatística descritiva, que é usada para descrever e sintetizar os dados (Polit e Hungler, 2004). A análise dos dados de um estudo que compreenda valores numéricos, inicia-se pela utilização de estatísticas descritivas, permitindo descrever as características da amostra na qual se procedeu à recolha dos dados e descrever os valores que foram obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 2009). Assim, recorreu-se à utilização das frequências absolutas e relativas, às medidas de tendência central como a média, a mediana, a moda e de dispersão ou variabilidade como a amplitude. O tratamento da informação fez-se com recurso a ferramentas informáticas, sendo os dados recolhidos, tratados estatisticamente através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0. Os resultados são apresentados em quadros ou tabelas onde se evidenciam os dados mais relevantes.

Os dados obtidos através de questões abertas foram tratados qualitativamente, pela técnica de análise de conteúdo, utilizando o método proposto por Bardin (2014: 33). Consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que têm como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens através de procedimentos sistemáticos e objetivos. O mesmo autor refere-se a este método como o que procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Ele engloba três fases distintas, sendo a primeira referente à organização do

material de forma a torná-lo operacional, onde é feita uma leitura flutuante e a constituição do corpus. Na segunda, faz-se a exploração desse material com a identificação das unidades de registo e a classificação da informação em categorias simbólicas ou temáticas dando origem, posteriormente, às categorias finais. Por último, tem lugar o tratamento dos resultados através da inferência e interpretação. Assim, numa fase pré-exploratória, após a obtenção das respostas às questões abertas fez-se uma leitura flutuante de forma a apreender e organizar os aspetos importantes. Na fase seguinte, deu-se início à análise através da leitura cuidadosa orientada pelos objetivos deste estudo, começando a emergir as categorias, constituídas por um grupo de elementos designados unidades de registo. Para a análise destes dados foi utilizado o recurso manual e o aconselhamento de peritos.

O tratamento estatístico dos dados possibilitou a sua análise e posteriormente, a discussão dos resultados.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados do estudo, tendo por base a informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados. A apresentação dos dados é feita de forma descritiva, com recurso a tabelas e quadros que são precedidos da respetiva análise, tornando mais objetiva e clara a leitura dos mesmos.

Inicialmente são apresentados os dados que permitem a caracterização da amostra do estudo, nomeadamente a caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros. Em seguida, é efetuada a análise descritiva e de conteúdo relativamente à utilização das estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro e discussão dos resultados de acordo com a orientação dada no questionário.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

A recolha dos dados decorreu no Centro Hospitalar Cova da Beira (Covilhã) nos serviços de Pediatria (internamento), Urgência Pediátrica e Unidade de Neonatologia entre 14 de janeiro de 2015 e 31 de março de 2015, sendo obtidos 33 questionários que correspondem à totalidade da amostra. A amostra é caracterizada pela idade, género, serviço onde exerce funções, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria, habilitações académicas e profissionais, formação específica na área da dor e integração no grupo de estudo e avaliação da dor.

Idade

A amostra deste estudo caracteriza-se por enfermeiros com idades compreendidas entre os 29 e os 49 anos. A classe etária mais frequente situa-se entre os 30 e 35 anos com 27,2%. Com 24,3% encontram-se as classes, dos 35 aos 40 anos e com mais de 45 anos segue-se a classe dos 40 aos 45 com 21,2%. A média de idades é de 39 anos localizando-se a idade mediana nos 39 anos. Quanto à idade, os enfermeiros apresentam uma distribuição relativamente homogénea nas classes etárias, como se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a idade

Idade	F	%
<30	1	3,0
30-35	9	27,2
35-40	8	24,3
40-45	7	21,2
≥45	8	24,3
Total	33	100,0

$X_{\min} = 29$ $X_{\max} = 49$ $\bar{X} = 38,88$ $Md = 39$

Género

A amostra é constituída maioritariamente por elementos do género feminino (31) que correspondem a 93,9% dos casos. Do género masculino existem apenas (2) enfermeiros, correspondendo a 6,1%, (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros quanto ao género

Género	F	%
Masculino	2	6,1
Feminino	31	93,9
Total	33	100,0

Serviço onde exerce funções

Quanto ao serviço onde exercem funções, 36,4% dos enfermeiros trabalham na unidade de Neonatologia, 33,3% no internamento de Pediatria e 30,3% no serviço de Urgência Pediátrica (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros quanto ao serviço onde exercem funções

Serviço onde exercem funções	F	%
Internamento de Pediatria	11	33,3
Urgência Pediátrica	10	30,3
Unidade de Neonatologia	12	36,4
Total	33	100,0

Tempo de exercício profissional global e específico

Relativamente ao tempo de exercício profissional no global, 30,3% dos enfermeiros encontram-se na classe etária dos 21 aos 25 anos de exercício profissional. Com 27,3% encontram-se os que detêm entre 5 e 10 anos seguidos de 24,2% dos que têm entre 16 e 20 anos e 15,2% na classe dos 11 aos 15 anos, apresentando apenas 3% os que possuem mais de 25 anos de exercício profissional. A média de tempo de exercício é de 16,58 anos e uma mediana de 17 anos. O tempo mínimo de exercício é de 7 anos e o máximo de 27 anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria grande parte dos enfermeiros (42,5%) encontra-se na classe etária entre os 11 e 15 anos de exercício, seguindo-se com 24,2% os que se encontram na classe dos 6 e 10 anos. Ainda com 18,2% na classe entre os 16 e 20 anos, com 12,1% os que têm entre 21 e 25 anos e apenas 1 enfermeiro que exerce há menos de 5 anos. Verifica-se que o tempo mínimo de exercício nesta área é de 3 anos e o máximo nos 25 anos sendo a média de 14 anos e localizando-se a mediana nos 14 anos. Embora alguns dos enfermeiros, tenham exercido a sua atividade profissional noutros serviços, para grande parte dos enfermeiros o contacto com crianças caracteriza a sua trajetória profissional (quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício na área de Saúde Infantil e Pediatria

Tempo Anos	Exercício Profissional Global		Exercício Profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria	
	F	%	F	%
<5	0	0,0	1	3,0
5-10	9	27,3	8	24,2
11-15	5	15,2	14	42,5
16-20	8	24,2	6	18,2
21-25	10	30,3	4	12,1
≥25	1	3,0	0	0,0
Total	33	100,0	33	100,0

Xmin =7 Xmax = 27 \bar{X} = 16,58 Md= 17 Xmin =3 Xmax = 25 \bar{X} = 13,85 Md=14

Tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria por serviço específico

Para caracterização deste parâmetro foram considerados 5 classes etárias, como se pode verificar no quadro 4. Observa-se que os enfermeiros que exercem atualmente no serviço de Internamento de Pediatria se encontram distribuídos por todas as classes etárias, relativamente ao tempo de experiência profissional sendo o mínimo de 1 ano e o máximo de 25 anos. Na

unidade de Neonatologia não há enfermeiros com mais de 20 anos de experiência e na Urgência Pediátrica não há enfermeiros com mais de 15 anos de experiência.

Por outro lado, a classe dos 6-10 anos é a mais representativa do tempo de exercício profissional no serviço de Internamento de Pediatria (35,3%), enquanto a classe dos 11-15 anos é a mais representativa quer na Urgência Pediátrica (66,6%) quer na Unidade de Neonatologia.

A constituição mais recente de serviços específicos de Urgência Pediátrica e da Unidade de Neonatologia, separada do serviço de Internamento de Pediatria, podem contribuir para o escalonamento observado do tempo de exercício profissional dos enfermeiros nas diferentes áreas da Saúde Infantil e Pediatria. Um dos fatores que poderá ter contribuído para este aspeto está relacionado com a abertura do serviço de Urgência Pediátrica, que inicialmente foi assegurado por enfermeiros do serviço de Urgência Geral e só posteriormente veio a ter uma equipa própria.

Também é de salientar que alguns enfermeiros têm experiência profissional em vários destes serviços específicos. Esta situação pode dever-se à prestação de cuidados de alguns enfermeiros nos vários serviços, à experiência adquirida noutros hospitais, e ao facto de alguns enfermeiros terem exercido funções profissionais numa fase em que a Unidade de Neonatologia estava integrada no Internamento de Pediatria. Neste sentido, dado que alguns dos enfermeiros exerceram a sua atividade profissional em mais do que um serviço específico na área da Saúde Infantil e Pediatria, a totalidade de respostas corresponde a 42 sendo este valor superior à amostra.

Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional em cada serviço específico

Serviço \ Tempo	1-5		6-10		11-15		16-20		21-25		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Internamento Pediatria	4	23,6	6	35,3	3	17,7	2	11,7	2	11,7	17	100,0
Urgência Pediátrica	2	16,7	2	16,7	8	66,6	0	0,0	0	0,0	12	100,0
Unidade Neonatologia	2	15,4	2	15,4	7	53,8	2	15,4	0	0,0	13	100,0

Habilitações académicas e profissionais

Relativamente às habilitações académicas e profissionais, verifica-se que 45,5% dos enfermeiros possuem Licenciatura, 24,2% possuem Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, 18,2% têm o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente

legal, e 12,1%, o Curso de Pós-Graduação (noutras áreas que não a pediátrica). Podemos afirmar que para além da Licenciatura, a maioria dos enfermeiros, 54,5% possuem um nível académico ou profissional mais elevado, para além da Licenciatura em Enfermagem (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas e profissionais

Habilitações Académicas e Profissionais	F	%
Licenciatura	15	45,5
Mestrado	8	24,2
Curso pós Licenciatura	6	18,2
Curso pós Graduação	4	12,1
Total	33	100,0

Formação específica na área da Dor

Relativamente à formação específica na área da Dor, a maioria dos enfermeiros (78,8%) fez formação nesta área. Preocupa-nos o facto de 21,2% não possuir formação sobre a dor (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo a formação específica na área da dor

Formação específica na área da Dor	F	%
Sim	26	78,8
Não	7	21,2
Total	33	100,0

As ações de formação e sensibilização sobre a dor que têm sido realizadas na instituição têm possibilitado um acréscimo de enfermeiros com formação nesta área, no entanto, existem ainda 7 enfermeiros que referem não possuir formação. Neste sentido, devem manter-se as ações de sensibilização e formação de forma a abranger todos os profissionais de enfermagem para uma melhoria da qualidade dos cuidados na avaliação e controlo da dor.

Integração no grupo de Estudo e avaliação da Dor

Quanto à integração no grupo de Estudo e avaliação da dor 24,2% dos enfermeiros integram ou integraram o grupo da dor (tabela 6). Dada a importância que estes grupos desempenham dentro das organizações, o facto de os enfermeiros serem elos de ligação do

grupo com os respectivos serviços permite uma maior articulação da informação relativa à dor, no sentido da qualidade dos cuidados.

Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo a integração no grupo da dor

Integração no grupo de Estudo e avaliação da Dor	F	%
Sim	8	24,2
Não	25	75,8
Total	33	100,0

Ações de formação realizadas na instituição e fora da instituição

Verifica-se que (50%) dos enfermeiros realizaram uma a duas ações de formação na instituição, (16,6%) três ações de formação, (12,4%) correspondem a quatro ações sendo que (21%) têm cinco ou mais ações de formação realizadas (quadro 5). Dos inquiridos 2 realizaram duas ações fora da instituição e 1 tem uma ou três ações realizadas.

Quadro 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo as ações de formação realizadas na instituição e fora da instituição

Local Nº Ações	Na Instituição		Fora da Instituição	
	F	%	F	%
1	6	25,0	1	25,0
2	6	25,0	2	50,0
3	4	16,6	1	25,0
4	3	12,4	0	0,0
≥5	5	21,0	0	0,0
Total	24	100,0	4	100,0

Duração das ações de formação realizadas na instituição

Quanto ao número de horas, 41,2% dos enfermeiros (7) realizaram ações de formação na instituição com a duração superior a 40 horas, 35,3% entre as 21 e as 40 horas e com menos de 20 horas, 23,5% dos enfermeiros (quadro 6).

Fora da instituição, 2 enfermeiros realizaram ações de formação com menos de 20 horas e 1 com mais de 40 horas.

Quadro 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo a duração das ações de formação realizadas na instituição.

Nº Horas \ Local	Na Instituição	
	F	%
<20	4	23,5
21-40	6	35,3
>40	7	41,2
Total	17	100,0

2.2 – UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS AO CUIDAR DA CRIANÇA COM DOR

A análise das estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança com dor incidiu sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca das estratégias não farmacológicas, conhecimento dos documentos relativos à avaliação e controlo da dor e outros documentos que suportam a prática profissional do enfermeiro. Foi ainda considerada a utilização de estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos, a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, com que estratégias o enfermeiro tem obtido melhores resultados, os critérios individuais na seleção das estratégias não farmacológicas e as dificuldades na sua utilização. São também analisadas as vivências e preocupações do enfermeiro ao cuidar da criança com dor através de quatro questões abertas.

Conhecimento dos enfermeiros sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros relativamente às estratégias não farmacológicas (tabela 7) verifica-se, que a maior parte dos enfermeiros (57,6%), considera ter um bom conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor, e 36,4% referem ter um conhecimento suficiente, sendo que 94,0% referem ter um conhecimento bom ou suficiente e 1 enfermeiro refere ter um conhecimento muito bom. No entanto, (3%) dos enfermeiros ainda referem ter um conhecimento insuficiente.

Tabela 7 – Conhecimento dos enfermeiros relativamente às estratégias não farmacológicas no controlo da dor

Conhecimento	F	%
Muito bom	1	3,0
Bom	19	57,6
Suficiente	12	36,4
Insuficiente	1	3,0
Total	33	100,0

Conhecimento dos documentos relativos à avaliação e controlo da dor

Quanto ao conhecimento dos documentos relativos à avaliação e controlo da dor e da análise do quadro 7, pode-se constatar que os enfermeiros (57,6%) consideram conhecer plenamente o conteúdo das normas de serviço. Mas de uma forma geral, a maioria dos enfermeiros possui um conhecimento parcial sobre os restantes documentos relativos à avaliação e controlo da dor, pois conhece o conteúdo parcialmente: circulares internas de atuação da instituição (onde exercem funções) - 51,5%, *Guidelines* - 66,7%, orientações técnicas e circulares normativas da DGS - 54,5%, guia orientador de boa prática da OE - 63,6%.

Por outro lado, 15,2% dos enfermeiros desconhece a existência de circulares internas de atuação da instituição e 3 enfermeiros desconhecem as *guidelines*. 24,3%, ainda aponta que, desconhece ou sabe da existência mas desconhece o conteúdo, das circulares internas de atuação da instituição, 18,2% das orientações técnicas da DGS e 4 enfermeiros do guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros.

Pode dizer-se que não há nenhum tipo de documento que seja do conhecimento da totalidade dos enfermeiros. Neste sentido, estes resultados podem indicar a necessidade de formação sobre os documentos referidos e de melhorar os circuitos de circulação da informação, na instituição.

Quadro 7 – Conhecimento de documentos relativos à avaliação e controlo da dor

Conhecimento / Documentos	Desconhece		Sabe da existência mas desconhece o conteúdo		Conhece o conteúdo parcialmente		Conhece plenamente o conteúdo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normas de serviço	2	6,0	0	0,0	12	36,4	19	57,6
Circulares internas de atuação da instituição	5	15,2	3	9,1	17	51,5	8	24,2
<i>Guidelines</i>	3	9,1	1	3,0	22	66,7	7	21,2
Orientações técnicas e circulares normativas da DGS	2	6,1	4	12,1	18	54,5	9	27,3
Guia orientador de boa prática da OE	1	3,1	3	9,1	21	63,6	8	24,2

Normas de gestão da dor têm sido publicadas em vários países, de forma a promover uma melhoria da prática uma vez que estas diretrizes e padrões permitem conhecer como a dor deve ser gerida (Twycross, 2009). No nosso país, também têm sido emanadas várias normas e diretrizes pela DGS, no sentido duma prática profissional organizada e sistematizada. Por sua

vez, também a Ordem dos Enfermeiros através do Guia orientador de boa prática sobre a Dor (OE, 2008) e sobre Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013) pretende melhorar a atuação e a tomada de decisão do enfermeiro perante a abordagem da dor. Neste sentido, aos enfermeiros não basta apenas o conhecimento parcial do conteúdo destes documentos mas sim um conhecimento pleno para que não se verifiquem lacunas na implementação das medidas preconizadas.

Documentos que suportam a prática profissional do enfermeiro

Ao efetuar a análise de conteúdo, considerou-se como unidade de registo cada frase segmento ou palavra com significado sobre a temática.

Os documentos referenciados pelos enfermeiros (tabela 8) para além dos apontados anteriormente foram: **documentos científicos** com 42,9%, **livros e periódicos** também com 42,9% e **pesquisa bibliográfica** com 14,2% (Apêndice II).

Tabela 8 - Documentos que suportam a prática Profissional do enfermeiro (na avaliação e controlo da dor)

Categoria	UR	%
Documentos científicos	6	42,9
Livros e periódicos	6	42,9
Pesquisa bibliográfica	2	14,2
Total	14	100,0

Na categoria, **documentos científicos** foram incluídas unidades de registo tais como: *estudos desenvolvidos (...)* (Q₁), *artigos científicos (...)* (Q₂), *documentos que nos foram proporcionando em formações assistidas ...* (Q₂₂). Na categoria **livros e periódicos**, com 6 unidades de registo foram incluídos por exemplo: *livros da área* (Q₇). Os enfermeiros, para além dos documentos apresentados na questão anterior consideram relevantes para a sua prática profissional, estudos desenvolvidos na área da dor, livros e documentos facultados em formações assistidas, o que revela a importância dos conhecimentos relativamente à avaliação e gestão da dor pediátrica.

A categoria **pesquisa bibliográfica** surge com 2 unidades de registo tais como: *pesquisa bibliográfica on-line* (Q₂₁) e *bibliografia existente sobre a dor* (Q₂₇). Este valor poderá significar, que os enfermeiros não recorrem habitualmente a este tipo de pesquisa, quer pelo desconhecimento ou mesmo dificuldade de acesso a plataformas científicas, no seu local de trabalho.

Utilização de estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos

Relativamente à utilização de estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos (quadro 8) e atendendo às respostas mais frequentes em cada tipo de procedimento doloroso, verifica-se que essas estratégias são utilizadas sempre (resposta maioritária). No caso da punção venosa 51,5% dos enfermeiros referem utilizá-las sempre, 48,5% na terapêutica intramuscular, e 30,3% quer na realização de pensos, quer na punção capilar. Por sua vez, são raramente utilizadas 42,4% dos casos de aspiração nasofaríngea e entubação nasogástrica, e em 36,4% na algaliação. Perante a punção capilar 33,3% dos enfermeiros nunca ou raramente utilizam estratégias não farmacológicas.

Para além dos procedimentos dolorosos discriminados, foi solicitada a identificação de outras estratégias não farmacológicas antes da realização dos procedimentos referidos. Identificaram-se 6 respostas tendo sido indicadas: *vacinas, extração dentária e limpeza e desinfeção de suturas* (50% dos enfermeiros que utiliza sempre), *primeiro levante após cirurgia e antes da punção lombar* (33,3% dos enfermeiros que utiliza frequentemente) e *manipulação de gessos/fraturas* 1 enfermeiro que utiliza regularmente (Apêndice III).

Quadro 8 – Utilização de estratégias não farmacológicas antes da realização de procedimentos dolorosos

Frequência Procedimentos	Nunca		Raramente		Regularmente		Frequentemente		Sempre		Sem experiência	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Punção venosa	0	0,0	1	3,0	5	15,2	10	30,3	17	51,5	0	0,0
Terapêutica intramuscular	1	3,0	5	15,2	7	21,2	4	12,1	16	48,5	0	0,0
Realização de pensos	1	3,0	4	12,1	8	24,2	5	15,2	10	30,3	5	15,2
Aspiração nasofaríngea	5	15,2	14	42,4	5	15,2	5	15,2	4	12,0	0	0,0
Entubação nasogástrica	5	15,2	14	42,4	5	15,2	3	9,1	6	18,1	0	0,0
Algaliação	2	6,1	12	36,4	6	18,1	3	9,1	8	24,2	2	6,1
Punção capilar	3	9,1	8	24,2	4	12,1	6	18,2	10	30,3	2	6,1

Estes resultados parecem mostrar alguma atenção por parte dos enfermeiros relativamente à utilização de estratégias não farmacológicas na prevenção e controlo da dor na execução de procedimentos dolorosos na criança, o que está de acordo com um estudo realizado

por Cignacco et al (2006) onde é referido que estas estratégias têm um benefício comprovado perante os procedimentos dolorosos.

A punção venosa e a realização de pensos, foram referidos como os procedimentos em que os enfermeiros utilizam sempre, estratégias não farmacológicas. Parece haver alguma semelhança entre estes resultados e os que se obtiveram no estudo de Nascimento (2010).

Como referimos acima, os enfermeiros utilizam sempre estratégias não farmacológicas antes da punção venosa, terapêutica intramuscular, realização de pensos e punção capilar. No entanto, ainda são raramente utilizadas, face a alguns procedimentos na criança, em contexto hospitalar, como a aspiração nasofaríngea, entubação nasogástrica e algaliação. Um estudo realizado por Batalha (2010) refere-se aos procedimentos dolorosos como a maior fonte de dor para a criança em meio hospitalar. Atualmente, o conhecimento científico e as técnicas disponíveis permitem um controlo eficaz deste tipo de dor (aguda) pelo que não é aceitável o sofrimento na criança, devido a dor evitável.

A menor frequência de utilização das estratégias não farmacológicas nestes procedimentos pode estar relacionada com a situação clínica da criança, intervenções mais urgentes, com algum desconhecimento dos profissionais relativamente à sua atuação em determinados procedimentos, à seleção da medida não farmacológica adequada e à inexistência de protocolos de atuação.

De facto, outros estudos como o de Moreno (2012) mostram que em serviços de neonatologia diferenciados, são utilizadas com frequência estratégias não farmacológicas perante os procedimentos como: as aspirações do nariz e/ou orofaringe (86,2%) e colocação de sonda gástrica (78,9%).

Utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança

Considerando as respostas mais frequentes em cada tipo de estratégia não farmacológica, observa-se no quadro 9, que as estratégias utilizadas sempre são: a informação preparatória (48,5%), o toque terapêutico (36,4%) e a sucção não nutritiva (30,3%); são utilizadas frequentemente a distração (30,3%), a massagem (36,4%), o posicionamento (57,6%), a aplicação de calor ou frio (39,4%) e o toque terapêutico (33,3%). A musicoterapia raramente é utilizada (36,4%), e 27,3% dos enfermeiros referem que nunca utilizam o método canguru.

Face ao exposto, as estratégias que mais se destacam são a informação preparatória que é sempre utilizada em 48,5% dos casos, e o posicionamento que é utilizado frequentemente em 57,6% das situações.

Foi solicitada a identificação de outras estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança obtendo-se 7 respostas por parte dos enfermeiros. Foram indicados *enquanto é amamentado*, *a diminuição do ruído e luz* e *a amamentação/glicose a 30%*, (42,9% dos enfermeiros que regularmente utiliza), *sacarose/glicose oral* e *comunicação oral* (28,5% dos enfermeiros que utiliza frequentemente), o *conforto* apenas 1 enfermeiro que utiliza sempre e o *Reiki: controlo ciclorespiratório*, apontado por 1 enfermeiro que utiliza raramente (Apêndice IV).

Quadro 9 - Utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança

Estratégia	Nunca		Raramente		Regularmente		Frequentemente		Sempre		Não se aplica	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Informação preparatória	1	3,0	0	0,0	4	12,1	2	6,1	16	48,5	10	30,3
Distração	0	0,0	1	3,0	4	12,1	10	30,3	8	24,3	10	30,3
Massagem	0	0,0	10	30,3	10	30,3	12	36,4	1	3,0	0	0,0
Posicionamento	0	0,0	2	6,1	4	12,1	19	57,6	8	24,2	0	0,0
Aplicação de calor ou frio	3	9,1	9	27,3	5	15,1	13	39,4	1	3,0	2	6,1
Toque terapêutico	0	0,0	4	12,1	6	18,2	11	33,3	12	36,4	0	0,0
Musicoterapia	8	24,2	12	36,4	7	21,2	2	6,1	1	3,0	3	9,1
Sucção não nutritiva	1	3,0	3	9,1	8	24,2	9	27,3	10	30,3	2	6,1
Método canguru	9	27,3	7	21,2	3	9,1	5	15,1	6	18,2	3	9,1

Os resultados obtidos comprovam que os enfermeiros utilizam com frequência, estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança e adolescente.

Estes resultados aproximam-se do estudo realizado por Batalha (2003) onde foi obtida a prevalência do tratamento não farmacológico de 79% destacando-se as técnicas de distração (45%), posicionamentos (30%) e massagem (11%) (Batalha, Costa, Reis, Jacinto, Machado e Santos, 2014). A informação preparatória e o posicionamento são referidos como as estratégias que mais se destacam quanto à sua utilização tal como é referido no estudo de Silva et al (2011).

Estratégias não farmacológicas com que tem obtido melhores resultados

Após a análise das respostas dadas pelos enfermeiros acerca das estratégias não farmacológicas em que tem obtido melhores resultados (tabela 9), emergiram cinco categorias tais como: **suporte emocional** com 39,5%, **métodos físicos** aparece com 23,7%, **cognitivo-**

comportamentais surge com 15,8%, **cognitivas** aparece com 13,1% e **outros** com 7,9% (Apêndice V).

Tabela 9 - Estratégias não farmacológicas em que tem obtido melhores resultados

Categoria	UR	%
Suporte emocional	30	39,5
Métodos físicos	18	23,7
Cognitivo-comportamentais	12	15,8
Cognitivas	10	13,1
Outros	6	7,9
Total	76	100,0

Podemos constatar que a maioria dos inquiridos reconhece a utilidade prática das estratégias não farmacológicas na criança e adolescente o que está de acordo com (Hockenberry e Wilson, 2014; OE, 2013).

O **suporte emocional** apresenta 30 unidades de registo onde são referidas o *toque* (Q₁), *sucção não nutritiva* (Q₁), *método canguru* (Q₁), *glicose a 30 %* (Q₃) e *amamentação* (Q₂₈). O uso destas estratégias é recomendado nos recém-nascidos. Num estudo realizado por Fernandes (2010) são apontadas estas estratégias quer isoladas ou combinadas, como uma forma de proporcionar conforto. Também é referido por Batalha (2010) que as técnicas de suporte emocional são eficazes no alívio da dor, sendo a sua utilidade na prática, reconhecida, apesar de poucas pesquisas avaliarem a sua eficácia. Estas medidas são aconselhadas uma vez que são de fácil aplicação, de baixo custo, não exigem preparação específica e requerem pouco tempo.

Relativamente à categoria **métodos físicos** aparece com 18 unidades de registo em que são referidos a *massagem* (Q₄), *aplicação de calor ou frio* (Q₁₃) e *posicionamento* (Q₁₅).

A categoria, **cognitivo-comportamentais**, surge com 12 unidades de registo como a “*distração*” (Q₁₃) e “*imagem guiada*” (Q₂₁). A categoria de estratégias **cognitivas**, aparece com 10 unidades de registo onde são apontadas pelos enfermeiros por exemplo: *informação preparatória* (Q₁₄) e *comunicação* (Q₃₃). Por último, incluíram-se na categoria, **outros**, 6 unidades de registo como: *depende da criança, jovem (...)* (Q₂₂), *idade* (Q₁₄), *tipo de dor* (Q₁₄) e *patologia* (Q₁₄). A eficácia do tratamento não depende do número de intervenções não farmacológicas, mas sim de uma escolha criteriosa da técnica que deve ser usada particularmente para cada caso (Batalha, 2010; OE, 2013).

Importância atribuída aos critérios individuais na seleção das estratégias não farmacológicas

Analisando os critérios para a seleção das estratégias não farmacológicas (quadro 10) verifica-se que, de uma forma geral, os enfermeiros consideram como muito importantes, cinco

dos oito critérios individuais propostos na seleção das estratégias não farmacológicas, nomeadamente: a idade (78,8%), o desenvolvimento cognitivo (66,6%), as características da dor (63,6%), a informação prestada pelos pais/prestadores de cuidados e o tipo de dor (ambas com 57,6%). São referidos como importantes os critérios, história da dor (48,5%) e instrumentos de avaliação da dor (54,6%).

Foram ainda indicados como critérios importantes para a seleção de estratégias não farmacológicas: *frequência dos procedimentos dolorosos, procedimento que vai ser realizado e vontade/gosto e preferência da criança.*

Quadro 10 - Importância atribuída pelos enfermeiros aos critérios individuais na seleção das estratégias não farmacológicas

Critérios \ Importância	Nada importante		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Idade	0	0,0	0	0,0	7	21,2	26	78,8
Desenvolvimento cognitivo	1	3,0	5	15,2	5	15,2	22	66,6
Manifestações/relatos de dor	1	3,0	3	9,1	14	42,4	15	45,5
Informação prestada pelos pais/prestadores de cuidados	0	0,0	1	3,0	13	39,4	19	57,6
História da dor	0	0,0	3	9,1	16	48,5	14	42,4
Caraterísticas da dor	1	3,0	2	6,1	9	27,3	21	63,6
Tipo de dor	1	3,0	2	6,1	11	33,3	19	57,6
Instrumentos de avaliação da dor	0	0,0	1	3,0	18	54,6	14	42,4

Pode-se constatar que os enfermeiros valorizam, em grande parte, os critérios apresentados na seleção das estratégias não farmacológicas sendo a idade, o critério com maior destaque por parte dos enfermeiros, seguindo-se o desenvolvimento cognitivo. Para além do tipo de dor, é igualmente importante a informação prestada pelos pais, uma vez que estes conhecem o comportamento usual dos seus filhos perante a dor, podendo identificar comportamentos específicos da criança que permitem orientar a avaliação e o controlo da dor, assim como conhecer as suas respostas às intervenções (DGS, 2010; Silva, 2011). Foi ainda mencionado *vontade/gosto e preferência da criança*, um aspeto importante a ter em conta na seleção da estratégia mais adequada. Neste sentido, a informação prestada pelos pais ou pela criança através da história da dor são fundamentais.

Dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança

Relativamente às dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas, os fatores identificados foram: recetividade por parte da criança/adolescente, recetividade por parte dos

pais ou substituto parental, informação/formação específica, avaliação da dor, disponibilidade de tempo, recursos materiais e instalações.

Constata-se, em termos gerais, que grande parte dos enfermeiros raramente tem dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança/adolescente (quadro 11). Para 48,5% dos enfermeiros raramente encontram dificuldades, na recetividade por parte dos pais ou substituto parental, perante a utilização das estratégias não farmacológicas, assim como no acesso à informação/formação específica, e na avaliação da dor. Para 45,5% dos enfermeiros, as instalações raramente são um fator impeditivo para a utilização das estratégias não farmacológicas. O mesmo se aplica à recetividade por parte da criança/adolescente com 39,4% dos casos, disponibilidade de tempo com 36,4% e, por último, com 30,3% surgem os recursos materiais.

No entanto, ao considerar a totalidade dos casos em que os enfermeiros responderam regularmente, frequentemente e sempre, verifica-se que a maioria dos enfermeiros ainda tem dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas. Neste sentido, 54,6% dos enfermeiros referem-se à dificuldade de utilização das estratégias não farmacológicas perante a recetividade por parte da criança e adolescente, e 51,5% na recetividade por parte dos pais ou substituto parental.

Quadro 11 - Dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança/adolescente

Dificuldades \ Frequência	Nunca		Raramente		Regularmente		Frequentemente		Sempre	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Recetividade por parte da criança /adolescente	2	6,0	13	39,4	9	27,3	9	27,3	0	0,0
Recetividade por parte dos pais ou substituto parental	0	0,0	16	48,5	10	30,3	7	21,2	0	0,0
Informação/formação específica	1	3,0	16	48,5	10	30,3	6	18,2	0	0,0
Avaliação da dor	5	15,2	16	48,5	7	21,2	4	12,1	1	3,0
Disponibilidade de tempo	2	6,0	12	36,4	10	30,3	9	27,3	0	0,0
Recursos materiais	5	15,2	10	30,3	9	27,3	8	24,2	1	3,0
Instalações	5	15,1	15	45,5	3	9,1	9	27,3	1	3,0

Para colmatar a falta de receptividade da criança e pais na utilização de estratégias não farmacológicas, o facto de o enfermeiro ter uma relação de proximidade quer com os pais quer com a criança, em contexto hospitalar, permite-lhe estabelecer uma relação de ajuda e confiança, o que está de acordo com o estudo de Mendes, Silva e Ferreira (2014). Também para Jorge (2004: 83), “a relação interpessoal na vertente relação de ajuda, torna-se o alicerce onde assentam os cuidados. É através dessa relação que o enfermeiro conhece e compreende a pessoa, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico para a criança/família”. A família conhece e sabe as necessidades da criança pelo que o seu envolvimento no processo de avaliação e controlo da dor é fundamental e fornece informações preciosas.

Ainda no âmbito da totalidade dos enfermeiros que responderam regularmente, frequentemente e sempre, salienta-se também a disponibilidade de tempo com 57,6% e os recursos materiais com 54,5%. A disponibilidade de tempo é um aspeto ainda referido pelos enfermeiros que poderá estar relacionado com um rácio elevado enfermeiro/criança, interferindo com a disponibilidade para a utilização de estratégias não farmacológicas. Os recursos materiais podem estar associados às infraestruturas existentes que poderão condicionar a aplicação dessas medidas ou a existência de determinados recursos específicos, como o caso da musicoterapia.

Nos restantes fatores analisados, a situação é inversa, ou seja, a maioria das respostas, corresponde ao somatório das frequências nunca e raramente. Portanto, a maioria dos enfermeiros, considera não ter dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas, nos fatores, informação/formação específica com 51,5%, avaliação da dor com 63,7% e instalações com 60,6%.

Para estes resultados mais favoráveis podem ter contribuído as recomendações da Direção Geral de Saúde sobre a importância da avaliação correta da dor na criança e adolescente, para o seu efetivo controlo (DGS, 2010).

O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2013) recomenda que a formação na dor deve iniciar-se no período pré graduado e continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional. Neste sentido, parece-nos que tem havido um esforço por parte das instituições de saúde de dar resposta a esta problemática. Tendo em conta a implementação das orientações preconizadas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, orientações estratégicas da DGS e Ordem dos Enfermeiros, têm sido realizadas ações de formação/ sensibilização em várias instituições hospitalares do país, destinadas a enfermeiros com vista à melhoria dos cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança (Batalha, 2013). O resultado obtido quanto à menor dificuldade de informação/formação específica na área da dor, e na sua avaliação, perante a utilização das estratégias não farmacológicas, poderá estar relacionado com o que foi referido por Batalha no seu estudo acerca da Dor Pediátrica em

Portugal, apresentado em 2014, onde conclui, que a sensibilização e formação dos enfermeiros na área da dor pediátrica, tem possibilitado progressos no bom controlo da dor (cerca de 92,5%), o que parece ser uma boa opção para a prática dos cuidados quer a médio quer a longo prazo.

Vivências do enfermeiro perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas

Foi solicitado aos enfermeiros as suas vivências perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas no cuidar a criança com dor. 24 Inquiridos responderam à questão aberta. Analisando as respostas dadas, as unidades de registo foram agrupadas em duas categorias (tabela 10) sendo a categoria **positivas** a mais evidente com 75% e **obstáculos/insatisfação** surge com 25% (Apêndice VI).

Tabela 10 – Vivências do enfermeiro perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas

Categoria	UR	%
Positivas	30	75,0
Obstáculos / Insatisfação	10	25,0
Total	40	100,0

A categoria vivências **positivas**, apresenta 30 unidades de registo onde são referidas pelos enfermeiros: *fazem toda a diferença no cuidar da criança (...)* (Q₁), *(...) experiência positiva* (Q₁₄), *resultados muito positivos (...)* que os pais também adoram (Q₂), *(...) promove também a relação enfermeiro/criança/família (...)* (Q₂₁).

Quanto à categoria **obstáculos/insatisfação** surge com 10 unidades de registo das quais se destacam: *(...) falta de disponibilidade impede que sejam utilizadas de forma sistemática* (Q₁₃), *(...) a própria criança/jovem não é recetiva (...)* (Q₁₅), *pensei que resultaria mais* (Q₁₇), *(...) o que efetivamente surte efeito é administração de medicação (...)* (Q₂₇).

Pelo que foi referido, a maioria dos enfermeiros considera as estratégias não farmacológicas como medidas positivas trazendo benefícios para a criança e promovendo a relação da tríade enfermeiro/criança e família. Por sua vez, alguns dos enfermeiros ainda se referem à falta de disponibilidade como um fator impeditivo para o seu uso sistemático e à falta de recetividade da criança/adolescente, o que vai de encontro aos resultados obtidos na questão anterior, acerca da dificuldade na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança/adolescente, também corroborado por Mendes *et al* (2014).

Apesar da eficácia das estratégias não farmacológicas, ainda não é reconhecida a efetividade destas medidas, para alguns dos enfermeiros, como é referido no estudo de Fracischinelli, Modena e Morete (2009).

Respostas (observadas/verbalizadas) na criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas

Os enfermeiros foram questionados relativamente às atitudes da criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas. Analisadas as suas respostas emergem três categorias (tabela 11), sendo a categoria **positivas/favoráveis**, aquela que aparece com 48,8%, **tranquilidade** com 39,5% e **verbalizadas** com 11,7% (Apêndice VII).

Tabela 11 – Respostas (observadas/verbalizadas) na criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas

Categoria	UR	%
Positivas/favoráveis	21	48,8
Tranquilidade	17	39,5
Verbalizadas	5	11,7
Total	43	100,0

A categoria mais evidente **positivas/favoráveis**, surge com 21 unidades de registo onde é referido: *A maior parte das crianças e dos pais reage positivamente (...)* (Q₁₃), *(...) enquanto distraída (...)* até se tinha esquecido da dor (Q₂₅), *(...) uma redução na intensidade da dor* (Q₃), *(...) a criança e os pais (...)* ficam mais recetivos à sua estratégia (Q₁₅). Os enfermeiros reconhecem os benefícios e a eficácia destas estratégias no alívio da dor na criança.

Outra das categorias foi definida como **tranquilidade** com 17 unidades de registo onde é referido pelos enfermeiros: *Toque terapêutico funciona mesmo, recém-nascido muito agitado que sossega e deixa de chorar (...)* (Q₁), *(...) uma criança mais tranquila (...)* (Q₇), *Conforto (...)* (Q₂), *Sensação de bem-estar (...)* (Q₂₁).

Embora com um resultado menos expressivo a categoria, **verbalizadas** com 5 unidades de registo em que são apontadas: *não tive dor, estou melhor (...)* (Q₂₀) e *afinal não dói assim tanto* (Q₂₄). De facto, e de acordo com a literatura, o autorrelato é considerado o padrão de ouro na avaliação da dor na criança pelo que, devemos valorizar sempre as atribuições que esta dá à sua dor, pois não existe melhor perito do que a própria criança (Batalha, 2010).

Principais preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas

Questionados os enfermeiros no sentido de conhecer as suas principais preocupações na seleção de estratégias não farmacológicas e depois de analisadas as respostas dadas, definiram-se três categorias (tabela 12), das quais se destacam: a categoria **situação clínica** com 39,6%, a **idade** com 34,5% e **eficácia** com 25,9% (Apêndice VIII).

Tabela 12 – Principais preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas

Categoria	UR	%
Situação clínica	23	39,6
Idade	20	34,5
Eficácia	15	25,9
Total	58	100,0

A categoria **situação clínica** surge com 23 unidades de registo onde os enfermeiros referem: (...) *situação clínica* (Q₂), (...) *procedimentos dolorosos a administrar* (Q₂), (...) *adequar a melhor estratégia* (Q₁), *Avaliar (...) se essa estratégia é suficiente* (Q₁₃). A situação clínica determina o tipo de intervenção a aplicar estando também relacionada com a própria intensidade da dor.

Em seguida surge a categoria **idade** com 20 unidades de registo como: *Idade* (Q₂), (...) *seu desenvolvimento* (Q₇), (...) *adaptadas à criança* (Q₉), (...) *as preferências da criança* (Q₁₅). A idade é um dos critérios que parece pesar na seleção da estratégia não farmacológica como é referido por vários autores (Barros, 2003; Fernandes, 2000; Batalha, 2010; DGS, 2010; OE, 2013; Hockenberry e Wilson, 2014).

A categoria **eficácia** com 15 unidades de registo aparece referenciada nas respostas dos enfermeiros tais como: (...) *sejam eficazes* (Q₅), (...) *diminuição ou (...) eliminação da dor* (Q₄), *fazer o procedimento com menos dor* (Q₃₃).

Ganhos em saúde obtidos pelo enfermeiro com a utilização de estratégias não farmacológicas

Das respostas dos inquiridos, obtiveram-se cinco categorias (tabela 13) onde a **qualidade** se evidencia com 50%, **gestão da dor e redução de fármacos e analgésicos** com 14,6% e **custos e empowerment** com 10,4% (Apêndice IX).

Tabela 13 – Ganhos em saúde obtidos pelo enfermeiro com a utilização de estratégias não farmacológicas

Categoria	UR	%
Qualidade	24	50,0
Gestão da dor	7	14,6
Redução de fármacos analgésicos	7	14,6
Custos	5	10,4
<i>Empowerment</i>	5	10,4
Total	48	100,0

Na categoria **qualidade**, foram incluídas 24 unidades de registo onde se salientam: *aumento do bem-estar da criança* (Q₂), *melhoria da qualidade de vida* (Q₅), (...) *melhoria dos cuidados prestados* (...) (Q₁₄) e *abordagem holística da dor* (...) (Q₁₆). O enfermeiro, no seu exercício profissional deve privilegiar o bem-estar da criança e família recorrendo às estratégias ao seu alcance para uma gestão eficaz da dor no sentido da excelência do cuidar, considerado como um Padrão de Qualidade (OE, 2013).

Por outro lado, a categoria **gestão da dor** engloba 7 unidades de registo como: (...) *aliviar a sua dor e desconforto* (...) (Q₁), (...) *controlar melhor a dor* (...) (Q₆).

Na categoria **redução de fármacos e analgésicos** (também com 7 unidades de registo) foram incluídas unidades de registo tais como: *diminuição da administração de analgésicos* (...) (Q₂) e (...) *não só com medicamentos se controla a dor* (...) (Q₇).

Na categoria **custos** foram incluídas 5 unidades de registo como por exemplo a que nos refere (Q₄) *é forma barata e eficaz* (...) e *pouparam euros com a prescrição farmacológica* (...) (Q₁).

Por sua vez, na categoria **empowerment** (5 unidades de registo) surge a expressão como: (...) *de ensino aos pais* (...) (Q₁), *dar a conhecer à criança/família estratégias de alívio da dor* (...) (Q₂₁) e (...) *alcançar a independência em situações recorrentes* (Q₂₅).

Os resultados demonstram que a utilização das estratégias não farmacológicas é de fácil aplicação e de baixo custo (Batalha, 2010; Hockenberry e Wilson, 2014).

A sua aplicação permite obter ganhos em saúde, sendo a qualidade um aspeto fundamental na prática dos cuidados e cada vez mais, reconhecida a sua importância nas organizações devido aos processos de acreditação. Todas as respostas têm presente a importância das estratégias não farmacológicas na gestão da dor pois permitem, um melhor controlo e alívio da dor. “O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde”. Para além de ser um imperativo ético tem benefícios a nível socioeconómico quer pela redução de fármacos ou recurso aos serviços de saúde (OE, 2008: 9)

O *empowerment* da família é considerado um indicador importante para a prestação de cuidados de qualidade e conseqüentemente com impacto para a obtenção de ganhos em saúde

(OE, 2015). O *empowerment* dos pais/criança e adolescente através do reforço de competências acerca das estratégias não farmacológicas constitui um eixo central da promoção da saúde. Permite adquirir maior poder sobre os cuidados levando a um ganho de conhecimentos e consequentemente ao desenvolvimento de competências e à tomada de decisões, permitindo aos pais serem parceiros nos cuidados. Para além dos pais, também a criança e o adolescente devem ser reconhecidos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, considerando que os mesmos são detentores de capacidades que lhe permitem exercer a sua autonomia e capacitando-os para a tomada de decisão acerca do seu processo de saúde (Carvalho, 2004; Sousa, 2009; Melo, 2011; Rosa, Hipólito e Sequeira, 2013).

O enfermeiro desempenha um papel fulcral na capacitação da criança e família para a decisão e participação nos cuidados pelo que a prática de enfermagem deve desenvolver cada vez mais a sua prestação neste sentido.

Em suma, os resultados apresentados evidenciam que, a maioria dos enfermeiros tem conhecimento acerca das diferentes estratégias não farmacológicas e que utiliza essas estratégias na criança com dor. Em termos gerais, grande parte dos enfermeiros raramente tem dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança e adolescente. No entanto, ainda parece haver dificuldade (regular e frequente) na utilização das estratégias não farmacológicas perante a recetividade por parte da criança e pais ou substituto parental. Os recursos materiais e a disponibilidade de tempo são também fatores ainda apontados na dificuldade por parte dos enfermeiros na utilização das estratégias não farmacológicas.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos diversos estudos científicos têm permitido um avanço significativo no conhecimento sobre a área da dor, contribuindo para alterar alguns mitos e ideias incorretas sobre a dor pediátrica.

É consensual que a experiência dolorosa na criança acarreta algumas reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde uma fase inicial da vida podendo perdurar ao longo do seu desenvolvimento.

A dor associada à doença ou por procedimentos dolorosos é uma das causas de sofrimento na criança e adolescente, em contexto hospitalar. Neste sentido, a necessidade de controlar eficazmente a dor torna-se um imperativo para o enfermeiro não apenas por uma questão ética mas como uma componente essencial da qualidade dos cuidados. O enfermeiro tem ao seu alcance diversas estratégias não farmacológicas sendo a sua utilização um importante recurso no alívio da dor.

O estudo desenvolvido pretendeu conhecer a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro ao cuidar da criança e adolescente com dor, em três serviços na área pediátrica numa instituição hospitalar, assim como, identificar as dificuldades do enfermeiro na utilização dessas estratégias.

Os resultados deste estudo evidenciam que 94%, dos enfermeiros consideram ter um conhecimento bom ou suficiente sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas na criança e adolescente, embora 3,0% ainda refira ter um conhecimento insuficiente.

Quanto aos documentos relativos à avaliação e controlo da dor, verifica-se que as normas do serviço são as mais conhecidas pelos enfermeiros (conhece plenamente - 57,6%). Sobre os restantes documentos, a maioria das respostas indicam que o conhecimento é parcial: circulares internas de atuação da instituição - 51,5%, *Guidelines* - 66,7%, orientações técnicas e circulares normativas da DGS 54,5%, guia orientador de boa prática da OE - 63,6%. As circulares internas (15,2%) são os documentos mais desconhecidos dos enfermeiros. Quando se consideram os conjuntos de respostas desfavoráveis (desconhece; sabe da existência mas desconhece o conteúdo) os valores são ainda mais expressivos: 24,3% - circulares internas de atuação da instituição, 18,2% - orientações técnicas da DGS, e 12,2% - guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros. De qualquer forma, não há nenhum tipo de documento que seja do conhecimento da totalidade dos enfermeiros.

Atendendo à maioria das respostas mais frequentes verifica-se que são utilizadas estratégias não farmacológicas, sempre, antes da realização de procedimentos dolorosos. No caso da punção venosa (51,5%), terapêutica intramuscular (48,5%), realização de pensos e

punção capilar (ambas com 30,3%). Mas são utilizadas raramente, na aspiração nasofaríngea e na entubação nasogástrica (ambas com 42,4%) e na algaliação (36,4%).

Quanto à frequência de utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança constata-se que são utilizadas sempre, a informação preparatória (48,5%), o toque terapêutico (36,4%) e a sucção não nutritiva (30,3%). São utilizadas frequentemente, a distração (30,3%), a massagem (36,4%), o posicionamento (57,6%), a aplicação de calor ou frio (39,4%) e o toque terapêutico (33,3%). Pelo contrário, a musicoterapia raramente é utilizada (36,4%), e o método canguru nunca é utilizado (27,3%).

Foram propostos no questionário oito critérios individuais na seleção das estratégias não farmacológicas (idade; desenvolvimento cognitivo; manifestações/relatos de dor; informação prestada pelos pais/prestadores de cuidados; história da dor; características da dor; tipo de dor; instrumentos de avaliação da dor). Atendendo à maioria das respostas verifica-se que todos esses critérios foram classificados como importantes e muito importantes na seleção das estratégias não farmacológicas sendo a idade (78,8%) e o desenvolvimento cognitivo (66,6%) os critérios mais evidentes, considerados muito importantes.

Na generalidade, grande parte dos enfermeiros, raramente tem dificuldades na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança e adolescente. No entanto, agrupando os casos em que os enfermeiros indicam regularmente, frequentemente e sempre, pode dizer-se que a maioria deles, ainda apresenta dificuldades na utilização das estratégias não farmacológicas perante a recetividade por parte da criança e adolescente (54,6%) e na recetividade por parte dos pais ou substituto parental (51,5%). São também apontados os recursos materiais (54,5%) e a disponibilidade de tempo (57,6%) como fatores que dificultam a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Conclui-se ainda, que a maioria dos enfermeiros tem uma vivência positiva relativamente à utilização das estratégias não farmacológicas havendo um número reduzido que se refere à falta de disponibilidade, à pouca efetividade destas medidas e à falta de recetividade por parte da criança e jovem. Foram apontadas respostas favoráveis, pois a maioria das crianças reage positivamente com diminuição da intensidade da dor, maior tranquilidade com aumento do conforto e sensação de bem-estar. São referidas como principais preocupações dos enfermeiros na seleção das estratégias não farmacológicas, a idade, o desenvolvimento cognitivo, a situação clínica e o procedimento a efetuar. É também referida, a estratégia mais adequada à criança tendo em conta a história da dor assim como, a própria eficácia das medidas a aplicar, contribuindo para a realização de procedimentos com menos dor. Quanto aos ganhos em saúde obtidos com a utilização das estratégias não farmacológicas os enfermeiros salientam, uma gestão mais eficaz da dor com redução dos fármacos analgésicos e os próprios custos que

lhe estão inerentes. O *empowerment* da criança e família é um aspeto fundamental, contribuindo para uma maior independência nos cuidados culminando numa abordagem holística e excelência do cuidar.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na assistência à criança com dor cabendo-lhe a tomada de decisões relativamente às medidas não farmacológicas. Embora exista alguma preocupação sobre a dor pediátrica e o seu tratamento, é ainda uma área que poderá ser mais explorada e prioritária para o quotidiano dos cuidados de qualidade.

Face ao exposto, e ainda que um reduzido número de enfermeiros, apresente um conhecimento insuficiente acerca das estratégias não farmacológicas deverá haver um esforço continuado quer no conhecimento quer na seleção e aplicação das estratégias não farmacológicas, a cada situação particular. Neste sentido, deverá ser efetuado um investimento por parte da instituição, no desenvolvimento de ações formativas para que haja um maior conhecimento sobre a utilidade e aplicabilidade das mesmas, desenvolvendo competências no enfermeiro acerca destas medidas assim como, de todos os documentos que suportam a prática, nesta área, à medida que são produzidos. Sugere-se também, uma melhoria dos circuitos de circulação da informação, na instituição através do grupo da dor e dos seus elos de ligação com os respetivos serviços. A pesquisa em plataformas científicas *on-line* e a elaboração de protocolos sobre a prevenção e controlo da dor são fundamentais para a qualidade dos cuidados.

Devem criar-se condições favoráveis nos respetivos serviços para a utilização das estratégias não farmacológicas como parte integrante do cuidar, nomeadamente a musicoterapia que para além dos benefícios que lhe estão inerentes poderá ser facilmente aplicável em todas as faixas etárias pediátricas.

Este estudo teve como propósito conhecer a utilização de estratégias não farmacológicas pelo enfermeiro nos serviços de neonatologia, internamento de pediatria e urgência pediátrica do Centro Hospitalar da Cova da Beira. O facto de os enfermeiros não definirem muitas dificuldades relativamente à utilização de estratégias não farmacológicas, poderá estar relacionado com a forma como os dados foram colhidos ou com a forma como as pessoas querem ser consideradas, havendo tendência para não admitirem aspetos menos positivos. Geralmente, não querem contribuir para uma imagem menos favorável do local de trabalho. O facto de o investigador exercer a sua atividade profissional, na mesma instituição, pode condicionar as respostas apesar da confidencialidade das mesmas.

Em Portugal, foi desenvolvido um estudo por Batalha (2013) cujo objetivo foi a avaliação do impacto das ações de formação ao longo dos últimos dez anos, sobre a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros à criança hospitalizada, na área da dor. Quando comparados, os resultados (do estudo de 2003 com 2013) mostraram que a prevalência do

registo de intervenções não farmacológicas foi baixa, relativamente a 2003. Embora, o propósito do presente estudo não tenha incluído a evidência nos registos informáticos da utilização das estratégias não farmacológicas, este facto poderá ser motivo de reflexão para um estudo futuro, neste contexto particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M.C., Nascimento, M. A., Christoffel, M. M. (2010). *Aspiração traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado*. Acedido em junho 3, 2016 em *Cienc Cuid Saude*:<https://www.google.pt/#q=ara%C3%BAjo+et+al+2010+aspira%C3%A7%C3%A3o+traqueal>
- Atkinson, L.D.e Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentista*. (2º edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. (4ª edição). Edições 70, Lda.
- Batalha, L. (2001). A criança com dor e sua família: Saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos. *Servir*, 49 (5), 213-223.
- Batalha, L. (2003). Avaliando a dor na criança pré-verbal. *Saúde infantil*. Hospital Pediátrico de Coimbra, 3 (25), 35-43.
- Batalha, L. (2006). *Dor em pediatria: A sensibilização dos profissionais de saúde como contributo na melhoria dos cuidados*. Faculdade de Medicina do Porto. Porto.
- Batalha, L. (2007). Fatores de risco para um controlo inadequado da Dor em Pediatria. *Dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Permanyer Portugal. 15 (1).
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*. 16-21. Acedido em Fevereiro 3, 2015 em https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf

- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R. e Santos, P. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*. (45).99-10
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 20. (4). Acedido em Abril 20, 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- Carvalho, C. e Carvalho, V. (2012). Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. E-Scientia. Acedido em junho 26, 2015 em www.unibh.br/revistas/escientia.
- Cignacco, E., Hamers, J. P., Stoffel, L., Van Lingen, R. A., Gessler, P. e McDougall, J. (2006). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*. Acedido em abril 10, 2016 em DOI: 10.1016/j.ejpain.2006.02.010 · Source: PubMed
- Crescêncio, E. P., Zanelato, S. e Leventhal, L. C. (2009). Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev. Eletronica de Enfermagem*, 11 (1), 64-9. Acedido em janeiro 16, 2016 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>.
- Cordeiro, O., Carvalho, R. e Veiga, L. (2001). As dores da dor. *Saúde Infantil*, Dezembro, 23 (3), 43 – 52.
- Dias, S., Motta, M. (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada *Ciência, cuidado e saúde*, 3 (1), 41-48.
- Diniz, A., Calado, B. e Almeida, M. (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Gradiva.
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº9/ DGCG de 14/06/2003.Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação nº14/2010 da DGS, 14/12/2010. Lisboa

- Elkin, M. K., Perry, A. G., Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.^aedição. Loures: Lusociência.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor. O quotidiano do trabalho de dor no Hospital*. Coimbra: Edição: Quarteto Editora.
- Fernandes, A. (2007). Dor neonatal: consequências imediatas e a longo prazo. *Revista dor-Aped*.15 (1), 3-48
- Fernandes, A. (2010). The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain. Tese de doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa. Acedido em abril 30, 2014 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2406>
- Fernandes, A., Pais, M. J.; Campos, D.C. (2013). *Prevalência da dor na criança hospitalizada: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência. Acedido em junho 6, 2014 em http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=4613&id_event=76
- Francischinelli, A. G. B., Modena, T. e Morete, M. C. (2009). Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. *Revista Dor*. Sociedade Brasileira para o estudo da dor. 10 (1), 19 – 24.
- Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (4^a edição). Instituto Piaget.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência Lda.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta Lda.
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. e Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.

- Guerreiro, M. R. e Curado, M. A. (2012). Picar...Faz Doer! Representações de dor na criança, em idade escolar, submetida a punção venosa. *Revista Enfermeria Global*,25, 75-91.Acedido em fevereiro 9, 2013 em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_clinica5.pdf.
- Hockenberry, M. J.e Wilson, D. (2011). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hockenberry, M. J e Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas.
- Infopédia (2015). *Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora*. Acordo Ortográfico Acedido em julho 7, 2015 em.<http://www.infopedia.pt/>.
- International Association for the Study of Pain. (2005). Pain clinical updates. *Why children´s pain matters* : acedido em novembro 10, 2013 em <http://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PaininChildren>.
- International Association for the Study of Pain (IASP), (2008). *Definition of pain; Pain Terminology; Curriculum on Pain for Students in Psychology*. Acedido em maio 20, 2009, em www.iasp-pain.org.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Definition of pain; Pain Terminology*; acedido em novembro 10, 2013 em <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Sistema integrado de metainformação*. Acedido em Junho 17, 2015, em Instituto Nacional de Estatística: <http://smi.ine.pt/Conceito?clear=Tru>
- Jaques, A. e Fontes, K. (2007). *O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital*. Acedido em junho 4, 2014: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5361/3>
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Lemos, S. e Ambiel, C. R. (2010). Dor em Pediatria: Fisiopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3 (3), 371-378. Acedido em Março 20, 2014 em <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1685/1158>
- Linhares, M. B. M. e Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*: 18 (2), 307-325. Acedido em fevereiro 17, 2015 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>
- Lopes, J. M. C. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Biblioteca da dor. Permanyer. Portugal. Acedido em março 17, 2015 em <http://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/biblioteca-da-dor/70-fisiopatologia-da-dor->
- Maia, A.C. A. e Coutinho, S. B. (2011). Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. *Revista Paulista Pediatria*, 29 (2), 270-276.
- Marquez, O. J. (2011). A dor e os seus aspetos multidimensionais. *Revista Ciência e Cultura*: São Paulo, 63 (2), 28-32. Acedido em Outubro 1, 2015 em <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n2/a10v63n2.pdf>
- Mateus, P. e Amorim, M. C. (2003). Terapias não farmacológicas no controlo da dor. *Sinais Vitais*. Julho, 43, 54-56.
- Medeiros, M. e Madeira, L. (2006). Prevention and treatment of pain in newborn in neonatal intensive care, *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (2), 118-124.
- Melo, E. P. M. O. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Doutor, em Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro. Acedida em maio 9, 2016 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
- Mendes, S. M. R., Silva, A. P. B. e Ferreira, S. C. (2014). A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança. *Nursing Magazine Digital*. Acedido em Novembro 8, 2015 em <http://www.nursing.pt/a-utilizacao-de-estrategias-nao-farmacologicas-de-alivio-da-dor-na-crianca/>

Metzger, C.; Muller, A.; Schwetta, M. e Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Vol 2 – *Orientações estratégicas-mais saúde para todos*. (2004). Acedido em Setembro 12, 2006 em <http://www.dgsaude.pt>

Moreno, A. S. M. (2012). *O controlo da dor em neonatologia: Intervenções não farmacológicas*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em dezembro 16, 2015 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9380/1/tese_ADELIAmoreno.pdf

Nascimento, H. (2010). *A dor no recém-nascido numa UCI: Concepções e práticas de enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em outubro 2, 2015 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26618/2/Tese%20%20Helena%20Nascimento.pdf>

Neto, S. I. H. (2006). Musicoterapia e a maternidade. *Nursing*, 210, (16), 8.

Noel, M., Chambers, C. T., McMurtry, C. M. e McGrath, P. J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology*. 35 (6) 626-636. Acedido em maio 23, 2016 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889718>

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/ IPS.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Comissão de Formação.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática: Dor*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, (1). Ordem dos enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em maio 14, 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I (6).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Caderno da Ordem dos Enfermeiros. Série I (8).
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do Distress, Associados Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.
- Pereira, F. e Coelho, O. (2002). Sensibilizar para a dor. *Sinais vitais*. Setembro, 44, p.23-25.
- Pimentel, M. H. (2001). Mitos e ideias incorrectas acerca da dor na criança. *Nursing*. Abril, 13, (154), 28-31.
- Plano Estratégico Nacional de prevenção e controlo da dor (2013). DGS. Acedido em maio 12, 2016 em <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação de Conhecimento Científico*. Lidel.
- Polit, D. F. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem - Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Pölkki, T, Laukkala, H., Vehviäinen-Julkunen, K. e Pietila, A-M. (2003). Fatores que influenciam o uso dos enfermeiros de métodos não farmacológicos de alívio da dor em pacientes pediátricos. Acedido em Abril 20, 2016, em *Scandinavian Journal of Caring Ciências*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640>

- Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Rigotti, M. A. e Ferreira, A. M. (2005) – *Intervenções de Enfermagem no paciente com dor*. Acedido em maio 20, 2014 em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>.
- Rosa, A. L. O., Hipólito, A. M. C. e Sequeira, L. A. C. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor à criança. *Revista Sinais Vitais*. 111. Dez.
- Sallum, A.; Garcia, D. e Sanches, M. (2012). Dor aguda e crónica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*, 25 (1). 150-154. Acedido em junho 3, 2015 em http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf
- Santos, L.; Silva, T; Santana, R. e Matos, K. (2012). Signs suggestive of pain during the venous puncture in preterm newborns. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2 (1), 1-9.
- Silva, E. A., Neto, J. L. C. e Barbosa-Branco, A. (2007). Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. em *Com. Ciências Saúde*: 18 (2) Acedido em fevereiro 13, 2014, disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art07praticas.pdf
- Silva, M. S.; Pinto, M. A.; Gomes, L. M. X.; Barbosa, T. L. A. (2011). Dor na criança internada: a perceção da equipa de enfermagem. *Revista dor*: São Paulo. Out-Dez; 12 (4), 314-320. Acedido em Setembro 3, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>
- Sousa, F. (2009). Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde... Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever. *Ordem dos Enfermeiros*. Secção Regional dos Açores. Acedido em Março, 20, de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- Sousa, M. J. e Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios – Segundo Bolonha*. (4ª edição). Pactor Edições
- Twycross, A. (2009). Why Managing Pain in Children Matters. In Twycross, Alison; Dowden, Stephanie J; Bruce, Elizabeth. *Managing Pain in Children: a clinical guide*. West Sussex:

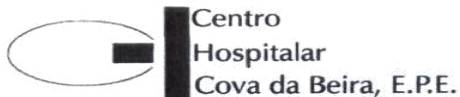
Wiley-Blackwell, ed. lit. p. 1-16. Acedido em novembro 13, 2015 em:
http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781444322750_sample_380532.pdf

Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. e Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842-854.

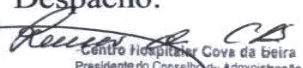




Whaley, L. F. e Wong, D. L. (2006). *Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva*. (6ª edição). Rio Janeiro. Guanabara Koogan.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do CHCB para aplicação do estudo



*Recibido
2014-12-19
[Signature]*

<p>Parecer:</p>	<p>Despacho:</p> <p style="text-align: center;">  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco 23/12/2014 </p>										
<p>ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 118/2014 - "Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança / adolescente com dor".</p>											
<p>PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração.</p> <p>DE: Gabinete de Investigação e Inovação.</p>	<p>N.º 118/GII</p> <p>Data 19/12/2014</p>										
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Cristina Isabel Perdígão Figueiredo, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Guarda, para a realização de um estudo subordinado ao tema “Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança / adolescente com dor”, a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviços de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º80/2014 emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>passo cis</i></p> <p style="text-align: center;">  O Gabinete de Investigação e Inovação <i>Fox lexeite</i> (Dr.ª Rosa Saraiva) </p> <p style="text-align: center;"> ENVIADO A G. Invest. e Inovação @ 8 JAN. 2015 </p>											
<table border="1" style="width: 150px;"> <tr> <td>Centro Hospitalar Cova da Beira</td> </tr> <tr> <td>Presença em reunião de C.A</td> </tr> <tr> <td>Em 20/12/2014</td> </tr> <tr> <td>Despacho</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</td> </tr> <tr> <td>Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Amélia Almeida</td> </tr> <tr> <td>Vogal do C.A. Técnica Superior Carminda Suceña</td> </tr> <tr> <td>Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros</td> </tr> <tr> <td>Enfermeiro Director Enf.º António João Rodrigues</td> </tr> </table>		Centro Hospitalar Cova da Beira	Presença em reunião de C.A	Em 20/12/2014	Despacho		Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco	Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Amélia Almeida	Vogal do C.A. Técnica Superior Carminda Suceña	Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros	Enfermeiro Director Enf.º António João Rodrigues
Centro Hospitalar Cova da Beira											
Presença em reunião de C.A											
Em 20/12/2014											
Despacho											
											
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco											
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Amélia Almeida											
Vogal do C.A. Técnica Superior Carminda Suceña											
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros											
Enfermeiro Director Enf.º António João Rodrigues											

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se no desenvolvimento de um trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, que tem como objetivo analisar as estratégias não farmacológicas utilizadas pelo enfermeiro ao cuidar da criança/adolescente com dor, em contexto hospitalar.

Pretendemos conhecer a opinião dos enfermeiros sobre alguns aspetos relacionados com este tema. Não existem respostas certas ou erradas. É importante que responda a todas as questões formuladas. A informação recolhida será tratada confidencialmente e apenas para fins académicos e científicos. O anonimato será assegurado.

Agradecemos antecipadamente a sua participação.

Quando não houver outra indicação, assinala com "X" os espaços reservados, recorrendo à legenda sempre que referido.

PARTE I - DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Idade (anos):

2. Género: Masculino Feminino

3. Serviço onde exerce funções:

Internamento de Pediatria Urgência Pediátrica Unidade de Neonatologia

4. Tempo de exercício profissional (anos):

5. Tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria (anos):

Internamento de Pediatria Urgência Pediátrica Unidade de Neonatologia

6. Habilitações académicas e profissionais (assinalar o nível mais elevado que concluiu):

Licenciatura

Mestrado Quais? _____

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou equivalente legal

Curso de Pós-Graduação Quais? _____

7. Tem formação específica na área da dor?

Sim Se sim, indique:

Não

Local	Ações de Formação (Nº de ações)	Tempo (horas)
Na Instituição		
Fora da Instituição		

8. Integra ou integrou o grupo de trabalho sobre o Estudo e Avaliação da Dor?

Sim Não

PARTE II - ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO AO CUIDAR DA CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOR

9. Como classifica o seu conhecimento relativamente às estratégias não farmacológicas no controlo da dor?

Muito bom Bom Suficiente Insuficiente

10. Seguidamente apresentam-se alguns documentos que suportam a intervenção do enfermeiro na avaliação e controlo da dor. Assinale de acordo com a legenda:

Legenda:	1	Desconhece
	2	Sabe da existência mas desconhece o conteúdo
	3	Conhece o conteúdo parcialmente
	4	Conhece plenamente o conteúdo

Normas do serviço	1	2	3	4
Circulares internas de atuação (da Instituição onde trabalha)	1	2	3	4
Guidelines	1	2	3	4
Orientações técnicas e circulares normativas da DGS	1	2	3	4
Guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros	1	2	3	4

11. Indique outros documentos que suportem a sua prática neste contexto.

12. Com que frequência utiliza estratégias não farmacológicas antes da realização dos seguintes procedimentos dolorosos?

Punção venosa	1	2	3	4	5	6
Terapêutica intra-muscular	1	2	3	4	5	6
Realização de pensos	1	2	3	4	5	6
Aspiração naso-faríngea	1	2	3	4	5	6
Entubação naso-gástrica	1	2	3	4	5	6
Algáliação	1	2	3	4	5	6
Punção capilar	1	2	3	4	5	6
Outros procedimentos dolorosos	1	2	3	4	5	6

Legenda:	1	Nunca
	2	Raramente
	3	Regularmente
	4	Frequentemente
	5	Sempre
	6	Sem experiência

Quais? _____

13. Das estratégias não farmacológicas mencionadas com que frequência utiliza:

Informação preparatória	1	2	3	4	5	6
Distração	1	2	3	4	5	6
Massagem	1	2	3	4	5	6
Posicionamento	1	2	3	4	5	6
Aplicação de calor ou frio	1	2	3	4	5	6
Toque terapêutico	1	2	3	4	5	6
Musicoterapia	1	2	3	4	5	6
Sucção não nutritiva	1	2	3	4	5	6
Método canguru	1	2	3	4	5	6
Outras	1	2	3	4	5	6

Legenda:	1	Nunca
	2	Raramente
	3	Regularmente
	4	Frequentemente
	5	Sempre
	6	Não se aplica

Quais? _____

14. Com quais das estratégias não farmacológicas tem obtido melhores resultados?

15. Na seleção das estratégias não farmacológicas o enfermeiro recorre a diversos critérios. Tendo presente a sua prática profissional, qual a importância que atribui a cada um deles?

Idade	1	2	3	4
Desenvolvimento cognitivo	1	2	3	4
Manifestações /Relatos de dor	1	2	3	4
Informação prestada pelos pais/prestadores de cuidados	1	2	3	4
História da dor	1	2	3	4
Características da dor	1	2	3	4
Tipo de dor	1	2	3	4
Instrumentos de avaliação da dor	1	2	3	4
Outros	1	2	3	4

Legenda:	1 Nada Importante
	2 Pouco Importante
	3 Importante
	4 Muito Importante

Quais? _____

16. No exercício da atividade profissional, que dificuldades encontra na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança/adolescente?

Receptividade por parte da criança/adolescente	1	2	3	4	5
Receptividade por parte dos pais ou substituto parental	1	2	3	4	5
Informação / formação específica	1	2	3	4	5
Avaliação da dor	1	2	3	4	5
Disponibilidade de tempo	1	2	3	4	5
Recursos materiais	1	2	3	4	5
Instalações	1	2	3	4	5
Outras	1	2	3	4	5

Legenda:	1 Nunca
	2 Raramente
	3 Regularmente
	4 Frequentemente
	5 Sempre

Quais? _____

17. Como tem vivenciado (sentido) a experiência de utilização das diferentes estratégias não farmacológicas no cuidar da criança com dor?

18. Descreva algumas respostas observadas/verbalizadas na criança com dor e/ou pais, após a utilização de estratégias não farmacológicas.

19. Quais as suas principais preocupações na seleção de estratégias não farmacológicas, no controlo da dor ao recém nascido, criança e adolescente?

20. Para que ganhos em saúde considera contribuir com a utilização de estratégias não farmacológicas?

Agradecemos a v/ colaboração e o tempo dispensado

APÊNDICE II - Documentos que suportam a prática Profissional do enfermeiro (na avaliação e controlo da dor)

Categoria	Unidades de registo	F
Pesquisa bibliográfica	Pesquisa bibliográfica on-line... Q21 Bibliografia existente sobre a dor. Q27	2
Documentos científicos	Estudos desenvolvidos pelo enfermeiro Luís Batalha. Q1 Artigos científicos. Q2 Artigos científicos. Q7 Consulta de artigos. Q21 Documentos que nos foram proporcionando em formações assistidas. Q22 Artigos científicos na internet. Q23	6
Livros e periódicos	Livros da área Q7 Revistas ou publicações periódicas sobre o tema. Q13 Livros de Luís Batalha sobre dor. Q16 Livros de Luís Batalha nomeadamente: "Dor em Pediatria – compreender para mudar. Q21 Livros sobre a temática da Dor. Q23 Diferentes livros sobre a Dor, existentes no serviço. Q25	6

APÊNDICE III – Outras estratégias não farmacológicas utilizadas antes da realização de procedimentos dolorosos

Frequência	Unidades de registo	F	%
Regularmente	Manipulação de gessos/fraturas	1	16,7
Frequentemente	Primeiro levante após cirurgia Antes da punção lombar	2	33,3
Sempre	Vacinas Extração dentária Limpeza e desinfeção de suturas	3	50,0
Total		6	100,0

APÊNDICE IV – Outras estratégias não farmacológicas utilizadas no alívio da dor na criança

Frequência	Unidades de registo	F	%
Raramente	<i>Reiki</i> : controlo ciclorespiratório	1	14,3
Regularmente	Enquanto é amamentado Diminuição do ruído e luz Amamentação e glicose a 30%	3	42,9
Frequentemente	Sacarose/glicose oral Comunicação oral	2	28,5
Sempre	Conforto	1	14,3
Total		7	100,0

APÊNDICE V- Estratégias não farmacológicas em que tem obtido melhores resultados

Categoria	Unidades de registo	F
Métodos físicos	Massagem- Q4 Massagem- Q7 Massagem- Q11 Massagem- Q21 Massagem- Q23 Aplicação de calor ou frio- Q13 Aplicação de calor ou frio- Q15 Aplicação de calor ou frio -Q16 Aplicação de calor ou frio- Q21 Aplicação de calor ou frio- Q23 Aplicação de calor ou frio- Q25 Aplicação de calor ou frio- Q27 Aplicação de calor ou frio- Q32 Posicionamento- Q15 Posicionamento- Q16 Posicionamento- Q17 Posicionamento- Q24 Posicionamento- Q33	18
Cognitivas	Informação preparatória – Q14 Informação preparatória – Q15 Informação preparatória – Q16 Informação preparatória - Q17 Informação preparatória – Q19 Informação preparatória – Q24 Informação preparatória – Q25 Informação preparatória – Q31 Informação preparatória – Q33 Comunicação – Q33	10
Cognitivo-comportamentais	Distração - Q13 Distração - Q15 Distração - Q16 Distração - Q19 Distração - Q20 Distração - Q23 Distração - Q24 Distração - Q25 Distração - Q27 Distração - Q30 Distração - Q31 Imagem guiada - Q21	12
Suporte emocional	Toque terapêutico – Q1 Toque terapêutico – Q2 Toque terapêutico – Q11 Toque terapêutico – Q30 Toque terapêutico – Q31 Toque terapêutico – Q33 Sucção não nutritiva- Q1 Sucção não nutritiva- Q2 Sucção não nutritiva- Q4 Sucção não nutritiva- Q7 Sucção não nutritiva- Q9 Sucção não nutritiva- Q10 Sucção não nutritiva- Q11 Sucção não nutritiva- Q12 Sucção não nutritiva- Q13	30

Suporte emocional	Sucção não nutritiva- Q27 Sucção não nutritiva- Q28 Sucção não nutritiva- Q32 Método canguru- Q1 Método canguru- Q2 Método canguru- Q4 Método canguru- Q7 Método canguru- Q11 Glicose a 30%- Q3 Glicose a 30%- Q5 Glicose a 30%- Q9 Glicose a 30%- Q12 Glicose a 30%- Q23 Glicose a 30%- Q28 Amamentação - Q1	
Outros	Depende da criança, jovem - Q22 Depende da criança/ bebê/ adolescente - Q29 Idade - Q14 Idade - Q22 Tipo de dor - Q14 Patologia - Q14	6

APÊNDICE VI - Vivências do enfermeiro perante a utilização das diferentes estratégias não farmacológicas

Categoria	Unidades de registo	F
Positivas	<p>Fazem toda a diferença no cuidar da criança, e na forma como os pais e a criança reagem- Q1</p> <p>Devem ser mais aplicadas como instrumento da nossa prática - Q33</p> <p>Resultados muito positivos que os pais também adoram.- Q2</p> <p>Funcionam, com resultados positivos - Q4</p> <p>Tem bons resultados quando aplicada. Nem sempre é necessário recorrer a estratégias farmacológicas - Q24</p> <p>Tenho sentido que é uma boa estratégia na diminuição da dor- Q3</p> <p>Permite ao mesmo tempo, ensinar-lhes como aliviar a dor na sua vida diária sem recorrer necessariamente a medicamentos - Q19</p> <p>A utilização de estratégias não farmacológicas, são um importante recurso para o alívio da dor - Q20</p> <p>A utilização de diferentes estratégias não farmacológicas diminui e alivia a dor - Q21</p> <p>Como cada um de nós é diferente, todas as estratégias que possa utilizar ajudam muito no controlo da dor - Q29</p> <p>Aumentam a tolerância à dor e diminui o mal-estar geral- Q5</p> <p>Penso que são estratégias bastante úteis - Q13</p> <p>Permite aliviar a dor ligeira ou a dor nos procedimentos – Q6</p> <p>Permite minimizar/aliviar a dor principalmente nos procedimentos dolorosos - Q23</p> <p>São muito importantes – Q6</p> <p>Uma mais-valia para a criança/pais -Q7</p> <p>Tem sido uma experiência positiva - Q10</p> <p>Experiência positiva - Q14</p> <p>Experiência muito positiva - Q22</p> <p>Como uma experiência positiva - Q23</p> <p>Como uma experiência positiva - Q25</p> <p>Muito eficaz antes da realização de técnicas invasivas o que me traz bastante alegria na minha prática diária - Q12</p> <p>Frequentemente facilitam a execução de procedimentos dolorosos - Q13</p> <p>Permite uma melhor colaboração da criança - Q13</p> <p>Contribuem para acalmar a criança, o que é benéfico para ela, para os pais e profissionais de saúde - Q31</p> <p>Quando é possível a utilização de medidas não farmacológicas prefiro recorrer a elas - Q15</p> <p>Eficaz dependendo da criança - Q16</p> <p>Contribuí grandemente para o bem-estar da criança/jovem durante o internamento - Q19</p> <p>Penso que estas estratégias são importantes para o bem-estar da criança - Q33</p> <p>Promove também a relação enfermeiro/criança/família, contribuindo para a nossa autorrealização- Q21</p>	30
Obstáculos Insatisfação	<p>Falta de meios físicos - Q13</p> <p>Algumas como a musicoterapia não estão disponíveis - Q15</p> <p>Falta de disponibilidade impede que sejam utilizadas de forma sistemática - Q13</p> <p>O tempo disponível não é suficiente - Q15</p> <p>A própria criança/jovem não é recetiva - Q15</p> <p>Ineficaz dependendo da criança em causa - Q16</p> <p>Dificuldades por pouca prática com algumas técnicas - Q16</p> <p>Pensei que resultaria mais - Q17</p> <p>Preferindo a toma da medicação - Q15</p> <p>O que efetivamente surte efeito é administração de medicação- Q27</p>	10

APÊNDICE VII- Respostas (observadas/verbalizadas) na criança e/ou pais perante a utilização de estratégias não farmacológicas

Categoria	Unidades de registo	F
Positivas (Favoráveis)	Consideram que fez efeito- Q5 Satisfação, surpresa- Q11 A maior parte das crianças e dos pais reage positivamente pedindo várias vezes para as repetir - Q13 A criança e os pais quando a utilização de estratégias não farmacológicas é realizada com sucesso ficam mais recetivos à sua estratégia - Q15 Confiantes em si próprios por ter dependido deles- Q16 Mais colaboração - Q17 Maior colaboração por parte das crianças e dos pais - Q31 Segurança - Q18 Enquanto distraída a colorir um desenho, quando questionada, referiu que até se tinha esquecido da dor - Q25 Esquecem mais facilmente a dor inicial - Q29 Não melhorou a dor - Q20 Uma redução na intensidade da dor- Q3 A criança quando verbaliza refere ter aliviado a dor - Q7 Alívio - Q9 A resposta quer da criança quer dos pais tem sido positiva verbalizando alívio da dor - Q14 Com alívio da dor - Q15 Menos dor - Q17 A criança/jovem referiu que sentiu menos dor - Q19 Com diminuição da dor - Q22 Diminuição da dor - Q27 Sentiram menos dor, pensavam que era pior - Q33	21
Verbalizadas	Não tive dor, estou melhor - Q20 Referem sentir-se melhor - Q21 Referem sentir-se melhor - Q22 Já estou muito melhor - Q24 Afinal não dói assim tanto- Q24	5
Tranquilidade	Toque terapêutico funciona mesmo, recém-nascido muito agitado que sossega e deixa de chorar - Q1 Consegue-se obter uma criança mais tranquila - Q7 Tranquilidade - Q9 Geralmente o recém-nascido fica mais calmo - Q10 Calma, redução do choro, fácies tranquilo - Q12 Mostram-se mais tranquilos - Q16 Tranquilidade - Q21 Tranquilidade - Q23 Conforto - Q2 Conforto e segurança - Q18 Maior conforto - Q23 Sensação de bem-estar- Q21 Maior sensação de bem-estar - Q23 Criança menos ansiosa - Q7 Diminuição da ansiedade - Q27 Mais tolerante à dor- Q10 Menos medo - Q19	17

APÊNDICE VIII - Principais preocupações do enfermeiro na seleção de estratégias não farmacológicas

Categoria	Unidades de registo	F
Situação clínica	Situação clínica - Q2 A minha principal preocupação é saber adequar as estratégias não farmacológicas ao estado da criança - Q19 Adequada à situação clínica - Q23 Adequar a estratégia ao contexto - Q24 Procedimentos dolorosos a administrar- Q2 Adequar a melhor estratégia- Q1 Tentar selecionar a mais adequada - Q7 Tento ver num primeiro momento se a estratégia que vou usar é a mais adequada - Q13 Tentar adequar ao procedimento adequado - Q17 Saber adequar as estratégias - Q19 A escolha adequada da estratégia não farmacológica - Q20 Se é adequada a estratégia - Q29 Atender à história da dor - Q6 A sua forma de avaliação- Q8 Encontrar a correta - Q11 Avaliar se realmente essa estratégia é suficiente- Q13 Tipo de dor – Q14 Adequar ao tipo de dor - Q21 Adequada ao tipo de dor - Q23 Adequar à dor - Q24 O tipo de dor - Q31 Características da dor - Q14	23
Idade	Idade gestacional - Q2 A idade - Q14 Tentar adequar à idade - Q17 Adequar à idade da criança - Q21 Em qualquer tipo de idade - Q23 Adequar a estratégia à idade - Q24 Adequar a estratégia à idade do utente - Q27 A idade do doente - Q31 Avaliar o recém-nascido e as suas particularidades - Q1 Tentar selecionar a mais adequada perante a criança que tenho que cuidar bem como, o seu desenvolvimento - Q7; Desenvolvimento cognitivo - Q14 O seu desenvolvimento cognitivo - Q31 Serem adaptadas à criança - Q9 Encontrar a correta a cada criança/recém-nascido - Q11 A sua recetividade para a aplicar- Q7 Ter em conta a sua recetividade a qualquer medida não farmacológica - Q15 Recetividade por parte da criança/adolescente/pais - Q23 A recetividade por parte do doente - Q31 Ter em conta as preferências da criança -Q15 Atender às experiências anteriores de dor - Q6	20
Eficácia	Que seja eficaz - Q4 Que sejam eficazes - Q5 A sua eficácia - Q8 Serem eficazes - Q9 Eficácia e eficiência - Q18 Diminuição ou mesmo eliminação da dor - Q4 Minimizar a dor - Q22 Fazer o procedimento com menos dor- Q33 Proporcionar o máximo de conforto – Q25 Pô-los mais confortáveis - Q33 Experiência pessoal perante dificuldades (pouca)” – Q16 Obter a máxima colaboração possível – Q25 Ter em conta os recursos disponíveis - Q15 Condições espaço temporais adequadas - Q16 Falta disponibilidade de tempo – Q16	15

APÊNDICE IX - Ganhos em saúde obtidos pelo enfermeiro com a utilização de estratégias não farmacológicas

Categoria	Unidades de registo	F
Gestão da dor	Ganhos em saúde para a criança e família para aliviar a sua dor e desconforto - Q1 Redução da dor e dos efeitos negativos a ela associados - Q12 Promove a redução/alívio da dor - Q21 Redução da dor e sofrimento - Q23 Para controlar melhor a dor ou evitá-la - Q6 Controlo da dor - Q14 Realizar mais procedimentos com maior colaboração e menos dor -Q17	7
Qualidade	Aumento do bem-estar da criança - Q2 Para o bem-estar do doente - Q3 Bem-estar dos recém-nascidos - Q9 Diminuir o tempo de internamento através da melhoria do bem-estar - Q13 Bem-estar da criança e dos pais/cuidadores - Q20 Mais conforto do utente - Q33 Melhoria da qualidade de vida – Q5 Contribuindo para a melhor qualidade de vida da criança - Q6 Proporcionando à criança melhor qualidade de vida - Q7 Mais qualidade de vida ao utente - Q33 Melhoria dos cuidados prestados á criança/jovem - Q14 Realizar mais procedimentos com maior colaboração - Q17 Melhorar os cuidados de enfermagem à criança/jovem e suas famílias - Q22 Melhoria dos cuidados prestados - Q23 Qualidade do atendimento - Q24 Indicadores de qualidade dos cuidados - Q8 Redução do tempo de internamento - Q23 Estas estratégias refletem a qualidade do nosso trabalho, e prevenimos o medo e o receio na Urgência Pediátrica - Q33 Conforto e satisfação da criança/pais – Q11 Diminuição da ansiedade da criança/família - Q13 Para ajudar a criança e família a conhecerem-se melhor, a diminuir os medos e ansiedade ao recorrerem a serviços de saúde - Q29 Mais conforto do utente - Q33 Abordagem holística da dor - Q16 Humanização dos cuidados - Q31	24
Custos	É forma barata e eficaz - Q4 Menos gastos em saúde - Q24 Ganhos em saúde dado que se poupam euros com a prescrição farmacológica - Q1 Diminuição dos custos com fármacos desnecessários - Q13 Diminuição dos custos em saúde (medicamentos) - Q16	5
Redução de fármacos analgésicos	Diminuição da administração de analgésicos - Q2 Evitar sobrecarga medicamentosa para a pessoa, ensinar auto controlo na dor - Q16 Considero que aliviar a dor sem medicação é por si só benéfico para a criança/jovem, o alívio da dor deveria ser menos medicalizado - Q19 Redução da quantidade/frequência da administração de analgésicos - Q21 Redução de fármacos analgésicos - Q23 Não só com medicamentos se controla a dor - Q7	7
Empowerment	Ganhos em saúde associados a reincidências de internamentos em serviços de saúde, ou deslocações a serviços de saúde para alívio da dor, conseguido através de ensino aos pais - Q1 Ensinar os pais que não só com medicamentos se controla a dor existem outras formas - Q7 Ensinar autocontrolo da dor - Q16 Dar a conhecer à criança/família estratégias de alívio da dor que podem aplicar autonomamente - Q21 Com os ensinamentos realizados sobre a utilização de estratégias não farmacológicas procuro alcançar a independência em situações recorrentes - Q25	5

